



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

ISSN 2146 - 9954



GÜMÜŞHANE UNIVERSITY
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

Cilt: 4 / Sayı: 1

EDİTÖR / EDITOR IN CHIEF

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ



Sahibi (Owner)

Prof. Dr. İhsan GÜNAYDIN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

(Editorial Manager)

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Editörler (Editors)

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ

Dergi Sekreteryası

Yrd. Doç. Dr. Nesibe BURNAZ
Arş.Gör. Vildan CİRİK
Öğr.Gör.Vildan DEMİR
Öğr.Gör.Meltem DEMİR
Arş. Gör. Eyyüp YILDIZ
Arş. Gör. Ünal YAPRAK

Teknik Kurul

Bil. Müh. Bayram KARAKUŞ
Grafiker Ayşe YALÇINKAYA
Öğr. Gör. Sinan ÇAKMAK

İletişim Adresi

Sağlık Bilimleri Dergisi
Gümüşhane Üniversitesi
Bağlarbaşı Mah.
29100 / GÜMÜŞHANE
Tel: 0 456 233 76 37
Fax: 0 456 233 76 04
http://sbd.gumushane.edu.tr

Yayın Türü:

Yılda dört kez yayınlanan
hakemli, süreli yayın

Dergimize Makale
Göndermek İçin:

sbd@gumushane.edu.tr

EDİTÖRDEN...

Merhaba Değerli Bilim İnsanları,

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi olarak üç yılımızı geride bıraktık. Dördüncü yayın yılımızda yine aynı şevk ve istekle sizlerin karşısındayız. Takdir edersiniz ki ülkemiz şartlarında bir derginin yayın hayatına kesintisiz, düzenli devam edebilmesi oldukça zordur. Amacımız zor olanı başararak bu derginin kesintisiz olarak yayınlanmasını sağlamak ve en kısa sürede uluslararası indekslere de girmesini sağlamaktır. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nin siz değerli bilim insanlarının destekleri sayesinde kısa sürede uluslararası indekslere de gireceğine inanıyoruz. Sizlerden gelen görüşler ve eleştiriler doğrultusunda, her sayının her zaman bir öncekinden daha nitelikli olmasını hedefliyoruz. Bu açıdan gördüğünüz eksiklikleri ve önerilerinizi lütfen bize bildirmekten çekinmeyiniz.

Dergimizin bu sayısında 11 orijinal araştırma makalesi ve 1 derleme yer almaktadır. Birinci araştırma makalemiz Neziha KARABULUT ve arkadaşlarının "Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Öğrenmeye Hazır Oluş Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Fatma GENÇ ve arkadaşlarının "Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Geliştirme Davranışlarının Belirlenmesi" isimli araştırma makalesi takip etmektedir. Üçüncü makalemiz Gülay İPEK ÇOBAN ve arkadaşlarının "Üniversite Hastanesinde Hemşirelerin Oral İlaç Uygulama Güvenliğini Tehdit Eden Faktörlerin İncelenmesi" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Sema AKKAYA'nın "Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Alkol Kullanma Sıklığının Araştırılması" isimli araştırma makalesi izlemektedir. Beşinci makalemiz Sevilay ERDEN ve arkadaşlarının "Determining The Pain And Pain Management Knowledge Of Surgical Clinical Nurses : A Pilot Study" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ, Fatma KURUDİREK ve Gülbeyaz BARAN'ın "Çocuk Hemşirelerinin İş Tanımlama ve Doyum Düzeyleri" isimli araştırma makalesi izlemektedir. Yedinci makalemiz Sibel COŞKUN, Kader ŞARLAK ve Humayun TAŞTAN'ın "Psikiyatri Hemşirelerinde Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyi ve İş Yaşamı Kalitesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma Uygulamaları" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Zuhale ENDE İNCE ve Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ'nin "Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlerde Evlilik Uyumu ve Yaşam Doyumunun Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" isimli araştırma makalesi izlemektedir. Dokuzuncu makalemiz Zeynep DAŞIKAN ve arkadaşlarının "Genital Akıntı Şikâyetiyle Polikliniğe Başvuran Kadınların Genital Hijyen Uygulamaları" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Gülistan BAŞAR, Semiha AKIN ve Zehra DURNA'nın "Hemşirelerde ve Hemşirelik Öğrencilerinde Problem Çözme ve İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi" adlı araştırma makalesi izlemektedir. Bu sayının son araştırma makalesi Kemal Macit HİSAR ve arkadaşlarının "Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Personelin Hasta Güvenliğine İlişkin Algı ve Görüşleri" adlı araştırma makalesidir.

Bu sayıdaki tek derlememiz Aliye ÖZENOĞLU ve Gökçe ÜNAL'ın "Açlık ve Yoksulluğun Çocuklarda Saldırganlık ve Şiddet Davranışları İle İlişkisi" isimli derlemesidir.

Bir sonraki sayımızda buluşmak üzere sağlıklı kalın.

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



ISSN: 2146-9954

Sahibi

Prof. Dr. İhsan GÜNAYDIN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Editörler

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ

Dergi Sekreteryası

Yrd. Doç. Dr. Nesibe ARSLAN BURNAZ

Öğr. Gör. Vildan DEMİR

Öğr. Gör. Meltem DEMİR

Arş.Gör. Vildan APAYDIN CİRİK

Arş. Gör. Eyyüp YILDIZ

Arş. Gör. Ünal YAPRAK

Teknik Kurul

Bil. Müh. Bayram KARAKUŞ

Grafiker Ayşe YALÇINKAYA

Elektronik Dergi

sbd@gumushane.edu.tr

İletişim Adresi

Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Bağlarbaşı Mah. 29100 / GÜMÜŞHANE

Tel: 0 456 233 76 37 Fax: 0 456 233 76 04

Yayın Türü: Yılda dört kez yayınlanan hakemli, süreli yayın



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Abdülgani TATAR Atatürk Üniversitesi	Cemalettin BALTACI Gümüşhane Üniversitesi
Aclan ÖZDER Afyon Kocatepe Üniversitesi	Cemil ŞAHİN Gümüşhane Üniversitesi
Adem KUŞGÖZ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Cihan ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet ALVER Karadeniz Teknik Üniversitesi	Çetin AKAR Hacettepe Üniversitesi
Ahmet EROĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	Dilek ÇİLİNGİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KALAYCIOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	E.Edip KEHA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Engin YENİLMEZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet MENTEŞE Karadeniz Teknik Üniversitesi	Erdem DUMAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet TİRYAKİ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Erhan ÇAPKIN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet YILMAZ Gümüşhane Üniversitesi	Ersan ODACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali Fuat BODUR Gümüşhane Üniversitesi	Ersan KALAY Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali GÜNDOĞDU Gümüşhane Üniversitesi	Esra ERCAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aliye ÖZENOĞLU 19 Mayıs Üniversitesi	Ersagun KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Ü.
Asım ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi	Ethem ALHAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aydın KIVANÇ Gümüşhane Üniversitesi	Evrım AKTEPE Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayhan KANAT Rize Üniversitesi	Evrım ÖZKORUMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayişe KARADAĞ Gazi Üniversitesi	Fahri UÇAR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayla GÜRSOY Karadeniz Teknik Üniversitesi	Fatma DEMİR KORKMAZ Ege Üniversitesi
Aynur BÜTÜN AYHAN Ankara Üniversitesi	Fatma TAŞ ARSLAN Selçuk Üniversitesi
Aysel KÖKSAL AKYOL Ankara Üniversitesi	Fehmi Volan AKYÖN 18 Mart Üniversitesi
Ayşe METİN Ankara Çocuk Sağ.ve Has.	Ferdi BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayşe ÇOLAK Gümüşhane Üniversitesi	Fevziye ÇETİNKAYA Erciyes Üniversitesi
Ayşe OKANLI Atatürk Üniversitesi	Feyyaz ÖZDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşe Özfer ÖZÇELİK Ankara Üniversitesi	Figen ÇELEP Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşegül BİLGE Ege Üniversitesi	Fisun ŞENUZUN Ege Üniversitesi
Ayşegül İŞLER Akdeniz Üniversitesi	Gamze ÇAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşenur ÖKTEN Karadeniz Teknik Üniversitesi	Gökhan YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayten DEMİR Ankara Üniversitesi	Gökşin ŞENGÜL Atatürk Üniversitesi
Bayram KAYMAK Hacettepe Üniversitesi	Gülşah YEĞİNOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Bayram ŞAHİNÖZ Hacettepe Üniversitesi	Gülbahtiyar DEMİREL Cumhuriyet Üniversitesi
Belgin YILDIRIM Adnan Menderes Ü.	Gülhan ERDEM 18 Mart Üniversitesi
Beyazıt YEMEZ Dokuz Eylül Üniversitesi	Gülgün ERSOY Hacettepe Üniversitesi
Birgül KURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Gülşah YILDIZ DENİZ Gümüşhane Üniversitesi
Bora CENGİZ Bahçeci Sağlık Grubu	Güngör Çağdaş DİNÇEL Gümüşhane Üniversitesi
Burhan ÇAKICI Gümüşhane Üniversitesi	Gürdal YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Cavit KART Karadeniz Teknik Üniversitesi	Hafız AYDIN Karadeniz Teknik Üniversitesi



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Halil KAVGACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Haluk DUMAN Aksaray Üniversitesi
Handan GÜLER Cumhuriyet Üniversitesi
Hasan BOZKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Hasan EFE Rize Üniversitesi
Hasan Hüseyin EKER Gümüşhane Üniversitesi
Havva ÖZTÜRK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Havva TEL Cumhuriyet Üniversitesi
Hayri AYDOĞAN Gümüşhane Üniversitesi
Hayriye ÜNLÜ Başkent Üniversitesi
Hilal YILDIRAN Gazi Üniversitesi
Huri İLYASOĞLU Gümüşhane Üniversitesi
Hüseyin DAŞ Gümüşhane Üniversitesi
İbrahim İKİZCELİ İstanbul Üniversitesi
İbrahim TURAN Gümüşhane Üniversitesi
İbrahim YILDIRAN Gazi Üniversitesi
İclal ÇAKICI Yeditepe Üniversitesi
İhsan KALYONCU Karadeniz Teknik Üniversitesi
İknur TOSUN Karadeniz Teknik Üniversitesi
İmdat AYGÜL Gümüşhane Üniversitesi
İrfan NUHOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
İsmet DURMUŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Kaan KILINÇ Gümüşhane Üniversitesi
Kurtuluş BURUK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Lale TAŞKIN Hacettepe Üniversitesi
Levent TUMKAYA Rize Üniversitesi
Makbule Gezmen KARADAĞ Gazi Üniversitesi
Mehmet GÜNAY Gazi Üniversitesi
Meltem UÇAR Lefke Avrupa Üniversitesi
Merih KUTLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mevlit İKBAL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mine BEKAR Cumhuriyet Üniversitesi
Mine EKİNCİ Atatürk Üniversitesi
Mualla AYKUT Erciyes Üniversitesi
Muazzez GARİPAĞAOĞLU Medipol Üniversitesi
Muhammed KIZILTUNÇ Gümüşhane Üniversitesi
Murat BAŞ Başkent Üniversitesi
Murat ERSEL Ege Üniversitesi
Murat KARKUCAK Karadeniz Teknik Üniversitesi

Murat S. KESİM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Murat TOPBAŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Musa ÖZATA Selçuk Üniversitesi
Musa KARAALP Gümüşhane Üniversitesi
Mustafa GÖKÇE Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mustafa ÖNCEL Gümüşhane Üniversitesi
Nazan KARAHAN Karabük Üniversitesi
Nazlı HACIALİOĞLU Atatürk Üniversitesi
Nesibe Arslan BURNAZ Gümüşhane Üniversitesi
Nesrin ERCİYES Karadeniz Teknik Üniversitesi
Nesrin NURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Neşe KAKLIKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Nezihe GÖKHAN Gümüşhane Üniversitesi
Nurcan ÇALIŞKAN Gazi Üniversitesi
Nurcan YABANCI Ankara Üniversitesi
Nurçin KÜÇÜK Gümüşhane Üniversitesi
Nuri GÜLEŞÇİ Gümüşhane Üniversitesi
Orhan DEĞER Karadeniz Teknik Üniversitesi
Orhan BAŞ Rize Üniversitesi
Osman AYNACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Özgül KARAKURT Dokuz Eylül Üniversitesi
Özgür ALPARSLAN Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Ömer ŞENEL Gazi Üniversitesi
Özlem BİLİK Dokuz Eylül Üniversitesi
Özlem DURAN Cumhuriyet Üniversitesi
Özlem ŞAHİN ALTUN Atatürk Üniversitesi
Pelin BAĞCI Rize Üniversitesi
Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi
Rasin ÖZYAVUZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Recep BEDİR Rize Üniversitesi
Recep DEMİRHAN Kartal Eğitim Araştırma H.
Reci MESERİ Ege Üniversitesi
Saime ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi
Sedat BOSTAN Gümüşhane Üniversitesi
Seher S. KARABUDAK Adnan Menderes Ü.
Selahattin KIYAN Ege Üniversitesi
Selma T. HESAPÇIOĞLU Karadeniz Teknik Ü.
Sema KANDİL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sevil CENGİZ Gümüşhane Üniversitesi



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Sevilay HİNDİSTAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sezer KISA Gazi Üniversitesi
Suzan YILDIZ İstanbul Üniversitesi
Süha TÜRKMEN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Süleyman Erhan DEVECİ Fırat Üniversitesi
Süleyman GÜVEN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Süleyman TÜREDİ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Şükran ÖZKAHRAMAN Süleyman Demirel Ü.
Tahsin YILDIRIM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tamer TAŞDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Taşkın KILIÇ Gümüşhane Üniversitesi
Tevfik ÖZLÜ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Turhan ARAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Turgut ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi
Vildan A. ÇAKMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yakup ASLAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yasemin K. YILDIRIM Ege Üniversitesi
Yıldıray KALKAN Rize Üniversitesi
Yılmaz BÜLBÜL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yunus KARACA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yusuf ÇELİK Hacettepe Üniversitesi
Yüksel ALİYAZICIOĞLU KTÜ
Zahit PAKSOY Gümüşhane Üniversitesi
Zeliha BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Öğrenmeye Hazır Oluş Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler (Araştırma Makalesi)	1
Neziha KARABULUT, Dilek GÜRÇAYIR, Esin KAVURAN, Yeşim YAMAN	
Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Geliştirme Davranışlarının Belirlenmesi (Araştırma Makalesi)	15
Fatma GENÇ, Gülsüm YEŞİLYURT, Gülşah EROĞLU, Ayşe ALTIPARMAK, Ayşe POLAT, Dozdarin SOĞUT	
Üniversite Hastanesinde Hemşirelerin Oral İlaç Uygulama Güvenliğini Tehdit Eden Faktörlerin İncelenmesi (Araştırma Makalesi)	28
Gülay İPEK ÇOBAN, Meltem ŞİRİN, Esin KAVURAN, Bahar ÇİFTÇİ	
Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Alkol Kullanma Sıklığının Araştırılması (Araştırma Makalesi)	44
Sema AKKAYA	
Determining The Pain And Pain Management Knowledge Of Surgical Clinical Nurses : A Pilot Study (Araştırma Makalesi)	53
Sevilay ERDEN, Didem AKÇALI, Hülya BULUT, Avni BABACAN	
Çocuk Hemşirelerinin İş Tanımlama Ve Doyum Düzeyleri (Araştırma Makalesi)	70
Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ, Fatma KURUDİREK, Gülbeyaz BARAN	
Psikiyatri Hemşirelerinde Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyi Ve İş Yaşamı Kalitesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma Uygulamaları (Araştırma Makalesi)	84
Sibel COŞKUN, Kader ŞARLAK, Humayun TAŞTAN	
Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlerde Evlilik Uyumu Ve Yaşam Doyumunun Değerlendirilmesi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Araştırma Makalesi)	102
Zuhal ENDE İNCE, Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ	
Genital Akıntı Şikâyetiyle Polikliniğe Başvuran Kadınlarda Genital Hijyen Uygulamaları (Araştırma Makalesi)	113
Zeynep DAŞIKAN, Bedriye KILIÇ, Cemile BAYTOK, Havva KOCAİRİ, Seher KUZU	
Hemşirelerde Ve Hemşirelik Öğrencilerinde Problem Çözme Ve İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi (Araştırma Makalesi)	125
Gülistan BAŞAR, Semiha AKIN, Zehra DURNA	
Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Personelin Hasta Güvenliğine İlişkin Algı Ve Görüşleri (Araştırma Makalesi)	148
Kemal Macit HİSAR, Cansu Berna ARSLAN, Sezer KISA, Filiz HİSAR	
Açlık Ve Yoksulluğun Çocuklarda Saldırganlık Ve Şiddet Davranışları İle İlişkisi (Derleme)	162
Aliye ÖZENOĞLU, Gökçe ÜNAL	

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN KENDİ KENDİNE ÖĞRENMEYE HAZIR OLUŞ DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Neziha KARABULUT¹, Dilek GÜRÇAYIR², Esin KAVURAN³,

Yeşim YAMAN⁴

ÖZET

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine öğrenmeye hazır oluş düzeyleri ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmış ve yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini 2012-2013 eğitim öğretim yılında Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü B şubesinde öğrenimini sürdüren 294 öğrenci oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan öğrenci tanıtım formu ve Fisher tarafından 2001 yılında geliştirilen ve 2004 yılında Kocaman ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Ölçeği" (KKÖH) kullanılmıştır. Yapılan analizlerde, öğrencilerin %70'inin ölçek toplam puanları kendi kendine öğrenmeye hazır oluş düzeyleri için kesim puanı olarak kabul edilen 150 puan üzerinde ve öğrencilerin ölçek toplam puan ortalamalarının 157.44±20.44 olduğu tespit edilmiştir. Kendi kendine öğrenmeye hazır oluş düzeyleri ile öğrencilerin cinsiyetleri karşılaştırılmış ve kız öğrencilerin puan ortalamaları ölçeğin üç alt boyutunda ve toplamında daha yüksek bulunmuştur ve aradaki bu fark öğrenme isteği alt boyutu hariç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması sınıflara göre karşılaştırılmıştır ve birinci ve ikinci sınıfta ölçek toplam puan ortalaması daha yüksek tespit edilmiştir, fakat aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Anahtar kelimeler: Hemşire, Öğrenci, Kendi Kendine Öğrenme

¹Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

²Arş. Gör. Atatürk Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

³Arş. Gör. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

⁴Öğr. Gör. Dr. Giresun Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İletişim/ Corresponding Author: Neziha KARABULUT
Tel: 90 442 2312360 e-posta: nezihekarabulut@hotmail.com

Geliş Tarihi/ Received : 02.05.2014
Kabul Tarihi/ Accepted: 12.09.2014

DETERMINATION OF NURSING STUDENTS' SELF-DIRECTED LEARNING READINESS LEVELS AND AFFECTING FACTORS

ABSTRACT

This study was planned to determine nursing students' self-directed learning readiness levels and affecting factors. The study was carried out with 294 nursing who enrolled during the 2012-2013 in academic semester at Ataturk University Faculty of Health Sciences Nursing Department B Class. The data was collected using the student information form prepared by the researchers and the Self Directed Learning Readiness Scale (SDLRS) which developed by Fisher et al. in 2001 and translated to Turkish by Kocaman et al. in 2004. According to the findings obtained from study, 70% of the students' total scores were on the 150 point which was accepted as cut point for Self-directed Learning Readiness Levels and their mean scores were also found as 157.44 ± 20.44 . The SDLRS was compared with the students' gender, female students' score of each subscale and total SDLR scale were higher and difference between total SDL scores and two subscales apart from Desire for Learning was found statistical significance ($p < 0.05$). The average of subscale and total SDLRS score were compared with class levels, total scale score of first and second educational years were higher but this difference was not found statistical significance ($p > 0.05$).

Key words: Nurse, Student, Self-directed Learning

GİRİŞ

Modern öğrenme yaklaşımları gittikçe daha az yapılandırılmış öğrenme aktivitelerini ve daha çok kendi kendine öğrenme (KKÖ) aktivitelerini içermektedir (1). Hemşirelik mesleğinin gelişimiyle beraberinde oluşan değişimler ve karmaşıklığından dolayı son birkaç dekattır, kendi kendine öğrenme hemşirelik eğitiminin odağı haline gelmiştir (2). Son yıllarda KKÖ lisans öğrencilerinde ve lisans sonrası eğitim programlarında artan bir şekilde kullanılmaktadır (3).

Kendi kendine öğrenme bir başkasının yardımıyla ya da yardımı olmaksızın hemşirelik öğrencilerinin kendi öğrenme ihtiyaçlarının belirlenmesinde, öğrenme amaçlarını formüle etmede, öğrenmenin insan ve materyal kaynaklarını tanımlamada, uygun öğrenme stratejilerini uygulama ve öğrenme çıktılarının değerlendirilmesinde ilk süreçtir. Kendi kendine öğrenmenin özgüven, otonomi ve motivasyonda artış ve yaşam boyu öğrenme gibi birçok faydası bulunmaktadır (4).

Yaşam boyu öğrenme; eğitim ve öğrenme aktivitelerini, bireylerin yaşamlarının belli bir döneminde gerçekleştirmek yerine öğrenmeyi, her yerde ve her zaman mümkün kılan dinamik bir süreç haline dönüştürmektedir (5). Günümüzde hızla değişen bilgiyi takip edebilmek ve yaşam boyu öğrenme sürecine dâhil olabilmek için sahip olunması gereken en önemli beceri kendi kendine öğrenmedir (6,7,8,9,10,11). KKÖ, klasik eğitici merkezli öğrenmenin yerine, hemşirelik öğrencilerinin neyi, nasıl, nerede ve ne zaman öğreneceğine kendisinin karar verdiği bir yaklaşımdır. KKÖ, hemşirelik öğrencisinin kendi öğrenme sürecinde birinci derecede sorumluluk üstlenmesini sağlar ve kendi öğrenmesini değerlendirme imkanı sunar (12).

Ülkemizdeki mevcut eğitim sistemine bakıldığında ise bireylerde yaratıcı ve eleştirel düşüncüyü, üretmeyi, sorgulamayı yeterince geliştirmekten uzak, öğrenmeyi öğretmeyen, kitaba dayalı ezberci bir yapıda olduğu görülmektedir (13). Bundan dolayıdır ki öğrenciler lisans ve lisansüstü eğitimleri süresince daha önceki eğitim yaşantılarında edindikleri pasif öğrenme rolünü sürdürmeye eğilim gösterirler. Oysa üniversite eğitimi öğrenciyi; problem çözebilen, kendi öğrenme sorumluluğunu üstlenen ve yaşam boyu öğrenen bir birey olarak hayata hazırlamayı amaçlamaktadır (14).

Öğrencilerin yaşam boyu öğrenme sürecinde kendi kendine öğrenmeye hazır oluşluk (KKÖH) düzeylerinin belirlenmesi eğitimciler açısından son derece önemlidir. Eğitimcilerin

bu konuda bilgi sahibi olmaları, öğrencilerin sahip oldukları yetenek, beceri ve özellikler doğrultusunda eğitim hedeflerine ulaşabilmelerine ve başarılı öğretim yaşantıları geliştirebilmelerine olanak sağlayacaktır (3,8,15,16,17). Bu nedenlerden dolayı bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin KKÖ hazır oluş düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

I. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE YAPILDIĞI YER

Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin kendi kendine öğrenmeye hazır oluşluk düzeylerini belirleyen tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışmanın örneklemini 2012-2013 eğitim öğretim yılında öğrenimini B şubesinde sürdüren 294 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmeyip evrenin tümüne ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan öğrenci tanıtım formu ve Fisher tarafından 2001 yılında geliştirilen ve 2004 yılında Kocaman ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Kendi Kendine Öğrenmeye Hazır oluş" ölçeği (KKÖH) kullanılmıştır.

KKÖH ölçeği ergen ve yetişkinlere uygulanabilmektedir. Ölçek 5'li likert tipinde olup derecelendirme; 1: Beni hiç tanımlamıyor, 2: Beni biraz tanımlıyor, 3: Kararsızım, 4: Beni iyi tanımlıyor, 5: Beni çok iyi tanımlıyor şeklinde yapılmaktadır. Ölçek 3 alt boyuttan ve 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları "Kendini yönetme" (13 madde), "Öğrenmeye isteklilik" (12 madde) ve "Kendini kontrol etme" (15 madde) dir. Ölçekten alınan en düşük puan 40, en yüksek puan ise 200'dür. Ölçekten alınan puanlar arttıkça, kendi kendine öğrenme becerisi artmaktadır (3).

Fisher ve ark.'nın çalışmasında tüm ölçeğin iç tutarlık katsayısı Cronbach alfa değeri .92'dir. Ölçeğin alt boyutları Cronbach alfa değerleri ise kendini yönetme, öğrenmeye isteklilik ve kendini kontrol etme boyutlarında sırasıyla .85, .84 ve .83 olarak bulunmuştur (3). Kocaman ve ark. tarafından ölçeğin 40 madde üzerinden yapılan Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .93 olarak bulunmuştur (18).

Bu çalışmada tüm ölçeğin iç tutarlık katsayısı Cronbach alfa değeri .91 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri sırasıyla .75, .82 ve .89 olarak bulunmuştur.

II. ETİK ONAY ALINMASI

Araştırma planlandıktan sonra Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin Etik Kurul Komitesinden etik onay alınmıştır. Çalışma hakkında öğrencilere bilgi verilmiş ve çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre yapılmıştır.

III. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, 2012-2013 akademik yılın ikinci döneminin ilk ayında toplanılmıştır. Her iki form öğrencilere dağıtılmış ve doldurmaları istenmiştir. Formların öğrenciler tarafından doldurulması yaklaşık 20 dakika zaman almıştır.

IV. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öğrencilerin sosyodemografik değişkenleri sayı ve yüzde ile değerlendirilmiştir. Demografik özellikler ile KKÖH puanları arasındaki ilişki t-testi ve One Way Anova analizi kullanılmıştır.

V. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü B şubesinde yürütüldüğü için bu sonuçlar araştırmadaki örneklem grubuna genellenebilir.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Çalışmada öğrencilerin yaş ortalaması 21.01 ± 2.01 yıl olup, %71.1'i kız öğrenci ve %38.4'ü birinci sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin annelerinin ve babalarının eğitim durumları incelendiğinde annelerin %49.3 oranında, babaların ise %37.8 oranında ilkökul mezunu olduğu saptandı. Öğrencilerin %69.9'u lisansüstü eğitim yapmak istemektedir ve %82'sinin kitap okuma alışkanlığı vardır ve bu öğrenciler %39.5 oranında en çok bilim-kurgu türündeki kitapları okumaktadır. Öğrencilerin %54.1'inin kolay ulaşabileceği bir bilgisayarı olduğu ve öğrencilerin bilgisayarı %81.1 oranında konu araştırmak amacıyla kullanmakta olduğu tespit

edilmiştir. Öğrencilerin %71.1'i hemşirelik mesleğini ÖSS sınavında ilk beş tercihi içerisinde ve %82.7'si iş imkanı olduğu için seçmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=294)

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	209	71.1
Erkek	85	28.9
Sınıf		
1.sınıf	113	38.4
2.sınıf	57	19.4
3.sınıf	62	21.1
4.sınıf	62	21.1
Anne eğitim durumu		
Okuryazar değil	70	23.8
Okuryazar	32	10.9
İlkokul	145	49.3
Ortaokul	19	6.5
Lise	22	7.5
Üniversite	6	2.0
Baba eğitim durumu		
Okuryazar değil	8	2.7
Okuryazar	21	7.1
İlkokul	111	37.8
Ortaokul	54	18.4
Lise	68	23.1
Üniversite	32	10.9
Lisansüstü eğitim yapmak isteme		
Evet	188	69.9
Hayır	106	30.1
Kitap okuma alışkanlığı		
Evet	241	82
Hayır	53	18
Okudukları kitap türleri*		
Bilim-kurgu	116	39.5
Edebiyat	102	34.7
Felsefe	88	29.9
Eğlence	83	28.2
Kültür-sanat	54	18.4
Siyaset	41	13.9
Lisans yerleştirme sınavı (LYS) tercih sırası		
1.-5. Tercih	209	71.1
5.-10. Tercih	30	13.5
10.-15. Tercih	22	7.5
15.-24. Tercih	23	7.9
Hemşirelik Mesleğini Seçme Nedenleri		
İş imkânı fazla olduğu için	243	82.7
Ailesinin isteğiyle	99	33.7
Hastalara yardım etmeyi istediği için	66	22.4
Sağlıkla ilgili alanda çalışmak istediği için	61	20.7
Hemşireliği sevdiği için	56	19.0
Puan nedeniyle	34	11.6
Başkalarının tavsiyesi nedeniyle	23	7.8

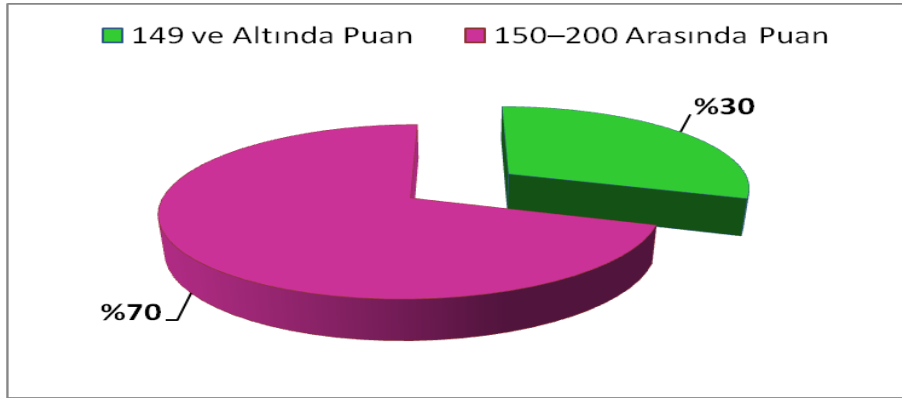
*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde öğrencilerin KKÖH toplam puan ortalaması 157.44 ± 20.44 olarak ve şekil 1 incelendiğinde ise öğrencilerin %70'inin ölçek toplam puanları kendi kendine öğrenmeye hazır oluş için kesim puanı kabul edilen 150 puan üzerinde olduğu saptanmıştır (Şekil 1). Bu sonuçlar öğrencilerin büyük çoğunluğunun KKÖH düzeylerinin yeterli olduğunu ve KKÖH toplam puan ortalamalarının yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla benzer olduğu tespit edilmiştir (19,20). Bu sonuçları, öğrencilerin hemşirelik bölümünü kazanmaları için LYS sınavından standart bir puan alarak giriş yapmaları, öğrencilerin bireysel, sosyal ve mesleki girişimlerini destekleyen aktivitelere katılımının teşvik edilmesi, hemşirelik eğitimleri boyunca öğretim elemanları ile birebir etkileşim halinde olmaları ve öğrencilerin kişisel gelişimlerini geliştirici çeşitli seminerlere katılması gibi faaliyetlerin öğrencilerin KKÖH düzeylerini olumlu yönde etkilediğini ifade edilebiliriz. Fisher ve ark.'nın hemşirelik eğitiminde KKÖH ölçeğini geliştirmek amacıyla yaptıkları çalışmada öğrencilerin KKÖH puan ortalamaları 150.55 olarak tespit edilmiştir (3). Duman ve ark.'nın çalışmasında ise KKÖH ölçeği puan ortalaması 170.75 ± 15.13 olarak tespit edilmiştir (21).

Öğrencilerin KKÖH ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında “kendi kendini yönetme” alt boyut puan ortalaması 47.66, “öğrenmeye isteklilik” alt boyut puan ortalaması 48.83, “kendi kendini kontrol etme” alt boyut puan ortalaması 60.94 olarak bulunmuştur (Tablo 2). Fisher ve ark.'nın çalışmasında alt boyut puan ortalamaları sırası ile 44.26, 47.31 ve 58.98 olarak tespit edilmiştir (3). Sarmasoğlu ve Görgülü'nün çalışmasında ise KKÖH ölçeği toplam puan ortalaması 160.7 ± 21.4 ve alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla 48.3 ± 8.6 , 50.1 ± 6.9 ve 62.0 ± 8.2 olarak tespit edilmiştir (22). Kocaman ve ark.'nın çalışmasında ise hemşirelik öğrencilerinin KKÖH ölçeği alt boyut puan ortalamalarının sırası ile 47.99, 50.5 ve 59.5 olduğu bulunmuştur. (18). Yuan ve ark.'nın çalışmasında ise KKÖH ölçeğinin alt boyutları sırasıyla 46.45 ± 6.13 , 48.84 ± 5.00 ve 59.43 ± 6.46 olarak saptanmıştır (20). Bu çalışmada öğrencilerin KKÖH ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları diğer araştırmalar ile karşılaştırıldığında bu çalışmaya katılan öğrencilerin puan ortalamalarının diğer çalışma sonuçlarıyla benzer olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin KKÖH Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalaması

KKÖH Alt Boyutları	n	$\bar{X} \pm SS$
Kendi Kendini Yönetme	294	47.66±8.66
Öğrenmeye İsteklilik	294	48.83±6.36
Kendi Kendini Kontrol Etme	294	60.94±8.66
Toplam puan	294	157.44±20.44

**Şekil 1.** Öğrencilerin Ölçek Toplam Puanlarının Kesim Puanına Göre Dağılımı

Tablo 3'te KKÖH alt boyutlarının puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması ile öğrencilerin cinsiyetleri karşılaştırılmış ve kız öğrencilerin puan ortalamaları ölçeğin üç alt boyutunda ve toplamında daha yüksek bulunmuştur ve aradaki bu fark öğrenmeye isteklilik alt boyutu hariç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Bu farklılığın nedeni erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha sosyal bir kişiliğe sahip olmasından kaynaklanabilir. Okul çıkışında erkek öğrenciler genellikle halı saha maçları, arkadaş sohbetleri, atari salonları ya da kafelerde zamanlarının büyük çoğunluğunu geçirmekte, kız öğrenciler ise okul çıkışlarında genellikle direkt evlerine ya da yurtlarına gittikleri için derslerine daha fazla vakit ayırabilmekte bu da kız öğrencilerinin KKÖH ölçek puan ortalamalarını yükselttiği şeklinde ifade edilebilir. El-Gilany ve Abusaad'ın çalışmasında ise kız ve erkek öğrencilerin KKÖH ölçeği puan ortalamaları birbirine benzerdir (19). Yine Yuan ve ark.'nın çalışmasında da cinsiyete göre KKÖH puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (20). Literatür incelendiğinde, kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha başarılı

olduğu ve kız öğrencilerin KKÖH düzeylerinin erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (23,24,25,26,27).

Tablo 3. KKÖH Ölçeği Alt Boyutlarının ve Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

KKÖH Ölçeği Alt Boyutları	n	Kız	Erkek	t	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Kendi Kendini Yönetme	294	48.42±8.03	45.80±9.84	2.370	0.018*
Öğrenmeye İsteklilik	294	49.26±5.53	47.76±7.99	1.842	0.066
Kendi Kendini Kontrol Etme	294	61.66±7.86	59.18±10.21	2.238	0.026*
Toplam puan	294	159.35±17.76	152.75±75.39	2.533	0.012*

*p<.05

Tablo 4'te KKÖH alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması sınıflara göre karşılaştırılmıştır. Birinci ve ikinci sınıfta ölçek toplam puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır fakat aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Sınıf derecesinin artması ile birlikte KKÖH düzeyinin artması gerekirken bu çalışmada dördüncü sınıf öğrencilerinde daha düşük bir puan ortalaması tespit edilmiş, ancak sınıflar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu farklılığın nedeni üçüncü ve dördüncü sınıftaki öğrencilerin klinik uygulamalarının yoğun olması ve ayrıca göreve başlama sınavına hazırlık nedeniyle ilgilerini yeni bir şeyler öğrenmekten çok sınava yönelmelerinden kaynaklanabilir. Klunklin ve ark.'nın Guglielmino'nun KKÖH düzeyini ölçen ölçek ile yaptıkları çalışmalarında üçüncü sınıfların kendi kendine öğrenme düzeyi en düşük iken dördüncü sınıfların en yüksek tespit edilmiştir (28). Arpanantikul ve ark.'nın çalışmasında birinci sınıf öğrencilerinde KKÖH düzeyleri en yüksek çıkmıştır (29). El-Gilany ve Abusaad'ın çalışmasında ise sınıf dereceleri ile KKÖH düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları El-Gilany ve Abusaad'ın çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (19).

Tablo 4. KKÖH Ölçeği Alt Boyutlarının ve Toplam Puan Ortalamalarının Sınıflara Göre Karşılaştırılması

KKÖH Ölçeği Alt Boyutları	n	1.sınıf	2.sınıf	3.sınıf	4.sınıf	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Kendi Kendini Yönetme	294	47.58±9.80	48.80±7.35	47.96±7.35	46.45±8.79	0.762	0.131
Öğrenmeye İsteklilik	294	49.61±5.92	49.63±6.00	48.00±7.20	47.51±6.40	2.121	0.488
Kendi Kendini Kontrol Etme	294	62.38±7.77	61.12±8.85	59.46±8.93	59.66±9.48	2.122	0.651
Toplam puan	294	159.57±19.01	159.56±20.27	155.43±21.50	153.62±21.73	1.541	0.204

KKÖH alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamasının öğrencilerin lisansüstü eğitim yapmak isteme durumlarına göre karşılaştırıldığında lisansüstü eğitim yapmak isteyen öğrencilerin kendi kendini yönetme, öğrenme isteği ve toplam puan ortalamaları istemeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir, fakat aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5). Yaşadığımız bilgi çağında hızla artan ve yayılan bilgi, iş ve meslek hayatında rekabeti güçlendirmiş ve uzmanlaşmayı daha önemli hale getirmiştir (30). Sağlık hizmetlerindeki değişime ayak uydurmak için sağlık profesyonellerinin gelişimi ve uzmanlaşması yaşamsal öneme sahiptir. Bu nedenle çalışmaya katılan öğrencilerin %69.9'u lisansüstü eğitim yapmak istediklerini ifade etmişlerdir ve elde edilen bulgular doğrultusunda öğrencilerin kendilerini geliştirme eğilimi ve öğrenme istekleri olduğu için KKÖH ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 5. KKÖH Ölçeği Alt Boyutlarının ve Toplam Puan Ortalamalarının Lisansüstü Eğitim Yapmak İstemelerine Göre Karşılaştırılması

KKÖH Ölçeği Alt Boyutları	n	Evet	Hayır	t	p
	294	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Kendi Kendini Yönetme	294	48.33±9.31	46.47±7.25	1.777	0.077
Öğrenmeye İsteklilik	294	49.31±6.38	47.98±6.28	1.729	0.085
Kendi Kendini Kontrol Etme	294	60.64±9.12	61.49±7.78	-.805	0.422
Toplam puan	294	158.29±21.55	155.94±18.29	.946	0.345

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu çalışmada öğrencilerin %70'inin ölçek toplam puanları KKÖH düzeyi için kesim puanı olarak kabul edilen 150 puan ve üzeri ve toplam puan ortalamalarının 157.44 ± 20.44 olduğu tespit edilmiştir. Kız öğrencilerde KKÖH ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Öğrencilerin sınıf düzeyleri ve lisansüstü eğitim yapma isteği ile KKÖH düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hemşirelik lisans ve lisansüstü eğitim programında öğrencilerin kendini geliştirebilecekleri seminer, demonstrasyon, ekip çalışması gibi yöntemlerin kullanımına ağırlık verilmeli, öğrencilerin KKÖ yeteneklerini geliştirerek bunu yaşam boyu öğrenmeye dönüştürmeleri desteklenmelidir ve ayrıca KKÖH düzeylerini etkileyen faktörlerle ilişkili daha kapsamlı çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKÇA

1. Stewart RA. Investigating the Link Between Self-Directed Learning Readiness and Project-Based Learning Outcomes. *European Journal of Engineering Education* 2007; 32 (4): 453–465.
2. Safavi M, Schooshtari zadeh SH, Mahmoodi M, Yarmohammadian M. Self-Directed Learning Readiness and Learning Styles Among Nursing Students of Isfahan University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education* 2010; 10 (1): 27–35.
3. Fisher M, King J, Tague G. Development of a Self-Directed Learning Readiness Scale for Nursing Education. *Nurse Education Today* 2001; 21: 516–525.
4. Cheng S, Kuo C, Lin K, Lee-Hsieh J. Development and Preliminary Testing of a Self-Rating Instrument to Measure Self-Directed Learning Ability of Nursing Students. *International Journal of Nursing Studies* 2010; 47 (9): 1152–1158.
5. Soran H, Akkoyunlu B, Kavak Y. Yaşam Boyu Öğrenme Becerileri ve Eğiticilerin Eğitimi Programı: Hacettepe Üniversitesi Örneği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006; 30: 201–210.
6. Çolakoğlu J. Yaşam Boyu Öğrenmede Motivasyonun Önemi. *Milli Eğitim Dergisi* 2002; http://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/Milli_Egitim_Dergisi/155-156/colakoglu.htm Erişim: 29.01.2014.

7. Kaya H, Akçin E. Öğrenme Biçimleri, Stilleri ve Hemşirelik Eğitimi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 6 (2): 31–35.
8. Lunky-Child OI, Crooks D, Ellis PJ, Ofosu C, O'Mara L, Rideout E. Self-Directed Learning: Faculty and Student Perceptions. Journal of Nursing Education 2001; 40 (1): 62–70.
9. Polat C, Odabaşı H. Bilgi Toplumunda Yaşam Boyu Öğrenmenin Anahtarı: Bilgi Okuryazarlığı. <http://eprints.rclis.org/12661/1/37.pdf>. Erişim Tarihi: 05.02.2014
10. Smedley A. The Self-Directed Learning Readiness of First Year Bachelor of Nursing Students. Journal of Research in Nursing 2007; 12: 273.
11. Budak Y. Yaşam Boyu Öğrenme ve İlköğretim Programlarının Hedeflemesi Gereken İnsan Tipi. GÜ Gazi Eğitim Bilimleri Dergisi 2009; 29(3): 693–708.
12. Williams B. The Theoretical Links Between Problem-Based Learning and Self-Directed Learning for Continuing Professional Nursing Education. Teaching in Higher Education 2001; 6 (1): 85–99.
13. Devlet Planlama Teşkilatı. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. Hayat Boyu Eğitim veya Örgün Olmayan Eğitim Özel İhtisas Raporu. 2001; (Rapor No: DPT: 2568). Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
14. Karagözoğlu Ş. Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 1 (9): 6-14.
15. Hewitt-Taylor J. Self-Directed Learning: Views of Teachers and Students. Journal of Advanced Nursing 2001; 36(4): 496-504.
16. Kobs BJ, Pilling-Cormick J. The Changing Role of Trainers: Emerging Trends in Organizations Using a Self-Directed Approach to Training. International Journal of Self-directed Learning 2004; 1 (2): 82–94.
17. Patterson C, Crooks D, Lunky-Child O. A New Perspective on Competences for Self-Directed Learning. Journal of Nursing Education 2002; 4(1): 25–31.
18. Kocaman G, Dicle A, Üstün B, Çimen S. Kendi Kendine Öğrenmeye Hazır Oluş Ölçeği: Geçerlik Güvenirlik Çalışması. DEÜ 3. Aktif Eğitim Kurultay Kitabı; 3–4 Haziran 2006, İzmir. p 245–256.

19. El-Gilany AH, Abusaad FE. Self-Directed Learning Readiness and Learning Styles Among Saudi Undergraduate Nursing Students. *Nurse Education Today* 2012; 33: 1040-1044.
20. Yuan H, Williams BA, Fang JB, Pang D. Chinese Baccalaureate Nursing Students' Readiness for Self-Directed Learning. *Nurse Education Today* 2012; 32 (4): 427–431.
21. Duman Z, Şengün F. Hemşirelik Öğrencilerinde Kontrol Odağı İle Kendi Kendine Öğrenmeye Hazır Oluş Düzeyi Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14 (3): 26-31.
22. Sarmasoğlu Ş. Yüksek Lisans Tezi. “Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Öğrenmeye Hazır Oluş Düzeyleri” Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. R. Selma Görgülü Ankara – 2009.
23.<http://egitim.milliyet.com.tr/-kiz-ogrenciler-egitimde-daha/egitimdunyasi/detay/1804759/default.htm> Erişim Tarihi: 28.01.2014
24. Akademik Olarak Her Alanda Başarılı Öğrenciler Kimlerdir? <http://pisa.meb.gov.tr/wp-content/uploads/2013/09/pisa-agustos-bulteni.pdf>. Erişim tarihi: 04.02.2014
25. Koç M, Avşaroğlu S, Sezer A. Üniversite Öğrencilerinin Akademik Başarıları İle Problem Alanları Arasındaki İlişki. http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/makaleler/Mustafa%20KO%C3%87%20-%20Selahattin%20AV%C5%9EARO%C4%9ELU%20%20Adem%20SEZER/problem%20alanlar%C4%B1%20ve%20akd.%20ba%C5%9Far%C4%B1-son%20hali.pdf. Erişim tarihi: 04.02.2014
26. Williams B, Boyle M, Winship C, Brightwell R, Devenish S, Munro G. Examination of Self-Directed Learning Readiness of Paramedic Undergraduates: A Multi-Institutional Study. *Journal of Nursing Education and Practice* 2013; 3(2):102-111.
27. Shaikh RB. Comparison of Readiness for Self-Directed Learning in Students Experiencing Two Different Curricula in One Medical School. *Gulf Medical Journal* 2013; 2 (1): 27-31.
28. Klunklin A, Viseskul N, Sripusanapan A, Turale S. Readiness for Self-Directed Learning Among Nursing Students in Thailand. *Nursing and Health Sciences* 2010; 12 (2): 177–181.

29. Arpanantikul M, Thanooruk R, Chanpuelksa P. Self-Directed Learning Readiness, Critical Thinking Skill, and Self Esteem in Nursing Students Studying Through Problem Based Learning. Thai J Res 2006; 10: 59-72.
30. Tuzcu G. Lisansüstü Öğretim İçin Yurtdışına Öğrenci Göndermenin Planlanması. Milli Eğitim Dergisi 2003, sayı 160: 155-165.

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Fatma GENÇ¹, Gülsüm YEŞİLYURT², Gülşah EROĞLU², Ayşe ALTIPARMAK²,
Ayşe POLAT², Dozdarin SOĞÜT²

ÖZET

Bu araştırma Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini Giresun Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri oluşturdu. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin 325'ine ulaşıldı. Veriler Ocak 2013 tarihinde Öğrenci Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde; yüzdelik, ortalama, t testi, , ANOVA kullanıldı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %60'ı hemşirelik, %40'ı ebelik bölümü öğrencisidir. Öğrencilerin yaş ortalaması 19.89±2.38, % 4.9'unun sigara, %2.2'sinin alkol kullandığı, %76.9'unun sağlığı koruma ve geliştirme dersi almadığı, SYBDÖ toplam puanı 121.67±20.18 olarak belirlendi. En yüksek puan ortalaması kendini gerçekleştirme (36.06±6.89), en düşük puan ortalaması ise egzersiz alt boyutuna (9.54±2.86) ait olduğu saptandı. Araştırmanın sonunda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmesinde cinsiyetin önemli rolü olmadığı, sağlığı koruma ve geliştirme dersi alan öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarının daha yüksek olduğu (p<0.05) saptandı. Bu araştırmanın sonucunda; bazı sosyo-demografik özelliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini kavraması ve günlük hayatta uygulanması çabaları desteklenmesinin gerekliliği anlaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Üniversite Öğrencisi, Sağlığın Geliştirilmesi, Sağlık Sorumluluğu

* 19-21 Nisan /Konya 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Yrd.Doç.Dr. Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

² Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencisi

İletişim /Corresponding Author: Fatma GENÇ

Tel:+90 454 3613788 e-posta:fatma.genc@giresun.edu.tr

Geliş Tarihi/ Received : 28.08.2013

Kabul Tarihi/ Accepted: 16.10.2014

DETERMINATION OF THE HEALTHY PROMOTION BEHAVIORS OF THE HEALTH SCIENCES FACULTY STUDENTS

ABSTRACT

This research was performed to determine healthy lifestyle behaviors of the students at Giresun University Health Sciences Faculty as a descriptive study. The universe of this research was constituted by the students of Giresun University Health Sciences Faculty. 325 students of which were within the scope of the research were reached. The data was collected by using Student Data Form, and Health Life Style Behavior Scale in January, 2013. Percentage, Mean, T-test, One Way ANOVA were used for the analysis of the data.

60% of students who participated in study are nursing student and the 40 % are midwifery student. Mean age of students was 19.89 ± 2.38 . Of the participants 4.9 % were smoking, 2.2 % were drinker, 76.9 % had not taken any course for health promotion. It was found that the mean total score for Health Life Style Behavior Scale was 121.67 ± 20.18 . The highest mean score was self-actualization subscale (36.06 ± 6.89) and the lowest mean score was exercise (9.54 ± 2.86) subscale. At the end of the research it is determined that gender doesn't have an important role at the development of healthy life-styles and the health promotion behaviors are higher of the participants who had taken courses for it ($p<0.05$). As a result of this study it is understood that some socio-demographic features affect the healthy lifestyle behaviors and the necessity of students' comprehension of the importance of healthy lifestyle behaviors and supporting the students' efforts on implementation to their daily life.

KeyWords: Healthy Lifestyle Behaviors, University Student, Health Promotion, Health Responsibility

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü 1974 yılında sağlığı “sadece hastalık veya sakatlık olmayışı değil, fiziksel ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamıştır. Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (1,2).

Sağlık alanındaki gelişmeler bazı hastalıkların nedenlerini açıklayıp tedavi etse de bunların yerine yeni “ölüm nedenleri” çıkmakta, dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde insanlar bulaşıcı hastalıklar nedeni ile değil kalp hastalıklarından, kanser, yaşam biçimine bağlı sorunlardan (alkol, uyuşturucu alışkanlıkları , sigaraya bağlı hastalıklar, fazla yemeğe bağlı obesite vb) ve çevre kirliliği gibi nedenlerden ölmektedirler (3,4). Bireylerin yaşam biçimleri hem yaşam kalitesini hem de yaşam süresini etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80’inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50’sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (5,6). Bunun sonucunda hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli ilke olarak yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik uygulamalar benimsenmiştir (7,8).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır (9). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık davranışlarının sorumluluğunu alma, dengeli beslenme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, hijyenik önlemler alma, kişilerarası olumlu ilişkiler kurma ve stres yönetimini kapsar (10).

DSÖ, hemşirenin sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarında anahtar rol oynadığını belirtmiştir (11). Hemşireler sağlık çalışanları içinde en geniş grubu oluşturmaktadır. Çalışma yaşamlarında, sağlıklı ya da hasta bireye bakım, eğitim ve danışmanlık hizmeti sunacak olan hemşirelik öğrencilerinin, eğitim-öğretimleri süresince, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar konusunda yeterli bilgi, beceri, tutum ve davranışlara sahip olmaları, bunu kendi hayatlarında sürdürmeleri ve topluma uygun rol modeli olmaları açısından önemlidir (12). Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

MATERYAL VE METOT

Bu araştırma Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Araştırma evrenini; 2012-2013 eğitim öğretim yılında sağlık bilimleri fakültesi ebeklik ve hemşirelik bölümünde okuyan öğrenciler (n=505) oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tümü araştırmaya dâhil edilmiştir. Ulaşılamayan öğrenciler araştırmanın yapıldığı tarihlerde herhangi bir nedenle okulda bulunmayanlardır.

Verilerin toplanmasında, literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) kullanıldı. Kullanılan anket formunda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ve spor yapma olanakları, sigara ve alkol kullanma durumları gibi sağlığa ilişkin alışkanlıklarını belirlemeye yönelik 19 soru yer almaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir (13). Ölçek Türkiye’de 1997 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması Nihal Esin tarafından yapılmış ve Cronbach Alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur (7). Bu araştırmada ise Cronbach Alfa değeri 0.93 olarak saptandı. Ölçek toplam olarak 48 maddeden oluşmuş ve altı alt grubu vardır. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını verir.

Kendini gerçekleştirme alt grubu; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derece tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. Sağlık sorumluluğu alt grubu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Egzersiz alt grubu; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir. Beslenme alt grubu; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler. Kişilerarası destek; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4’lü likert tipli ölçek üzerine yapılır. “Hiçbir zaman” yanıtı için 1, “Bazen” yanıtı için 2, “Sık sık” yanıtı için 3, “Düzenli olarak” yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192’dir. Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından oluşmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

BKİ, Ağırlık (kg)/Boy uzunluğu (m²) formülü ile hesaplandı. Çıkan sonuçlar, DSÖ sınıflaması temel alınarak gruplandırıldı: (14)

<18.5 düşük kilolu, 18.5-24.99 arasında olması normal, 25.0-29.99 arasında olması fazla kilolu (Evre I obezite), 30.0-39.99 Evre II obezite, >40 Evre III obezite

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 16.0 paket programı kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde yüzdeler, ortalama, bağımsız değişkenlerle sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesinde t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testleri kullanıldı, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi uygulandı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin %60'ı hemşirelik, %40'ı ebellek bölümü öğrencisidir. Öğrencilerin yaş ortalaması 19.89 olup, %78.5'i sosyoekonomik düzeyini orta seviyede değerlendirmişlerdir. %58.2'sinin yurttan kaldığı ve % 46.8'inin yaşamlarının uzun bölümünün ilçede geçtiği belirlenmiştir. %4'ü okul dışında bir işte çalışmakta, %4.9'unun sigara, %2.2'sinin alkol kullandığı, %91.4'ünün uzun süreli takip ve tedavi gerektiren kronik bir hastalığının bulunmadığı ve %76.9'unun sağlığı koruma ve geliştirme dersi almadığı, %40.6'sının ise spor yapma olanağının olmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %74.5'inin vücut kütle indeksi normal sınırlardadır (Tablo 1).

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan yüksek puan bireyin yaşamında daha fazla olumlu sağlık davranışlarına sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalamasının 121.67±20.18 olduğu görülmektedir. Bu konuda yapılan benzer çalışmalarda da (1,15,16) ortalamalar benzer nitelikte (122.0±17.2, 122.1±19.8, 121.75±18.86) olduğu görülmektedir. Toplumun sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak üzere eğitim alan ve ileride bu konuda çalışacak olan hemşire öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olması gerekirken elde edilen sonuç aldıkları eğitimi kendi yaşamları üzerine tatbik edemediklerini ifade etmektedir.

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	290	89.2
Erkek	35	10.8
Yaş		
17-21	273	84.0
22-26	50	15.4
27 ve üzeri	2	0.6
BKİ		
<18.5	37	11.4
18.5-24.9	242	74.5
25-29.9	44	13.5
30-39.9	2	0.6
Sınıf		
1.Sınıf	88	27.1
2.Sınıf	114	35.1
3.Sınıf	77	23.7
4.Sınıf	4	14.2
Medeni durum		
Evli	6	1.8
Bekar	319	98.2
Ekonomik durum		
İyi	46	14.2
Orta	255	78.5
Kötü	24	7.4
Kaldığı Yer		
Aile	44	13.5
Akraba	13	4.0
Arkadaş	79	24.3
Yurt	189	58.2
Okul Dışı Çalışma Durumu		
Evet	13	4.0
Hayır	312	96.0
Uzun Süre Yaşadığı Yer		
Köy	36	11.1
İlçe	152	46.8
İl merkezi	137	42.1
Sigara Kullanımı		
Evet	16	4.9
Hayır	309	95.1
Alkol Kullanımı		
Evet	7	2.2
Hayır	318	97.8
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	28	8.6
Hayır	297	91.4
Sağlığı Kor. Geliş. Dersi Alma Durumu		
Evet	75	23.1
Hayır	250	76.9
Spor Yapma Olanağı		
Evet	193	59.4
Hayır	132	40.6

Tablo 2. Öğrencilerin SYBDÖ Alt Gruplarından Aldıkları Puanlar

SYBDÖ Alt Grupları	Alınabilecek Alt ve Üst Puan	Ortalama (X±SS)
Kendini gerçekleştirme	13-52	36.06±6.89
Sağlık sorumluluğu	10-40	23.46±5.43
Egzersiz	5-20	9.54±2.86
Beslenme	6-24	15.24±3.29
Kişilerarası destek	7-28	20.01±3.86
Stres yönetimi	7-28	17.08±3.65
Toplam Ölçek Puanı	48-192	121.67±20.18

SYBDÖ'nin alt ölçek puanları ise kendini gerçekleştirme 36.06±6.89, sağlık sorumluluğu 23.46±5.43, kişilerarası destek 20.01±3.86, stres yönetimi 17.08±3.65, beslenme 15.24±3.29, egzersiz 9.54±2.86 olarak saptandı. Sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek puan ortalamasının kendini gerçekleştirme, en düşük puan ortalamasının ise egzersiz alt boyutuna ait olduğu belirlendi. Özkan ve Yılmaz'ın çalışmalarında da bizim bulgularımızla benzer nitelikte en yüksek puan ortalamaları kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğunda iken en düşük puan ortalamaları egzersiz alt boyutuna ait olduğu belirtilmiştir (17). Çalışmamızda öğrencilerin çoğunluğunun (%59.4) spor yapma olanaklarının bulunduğunu belirtmelerine karşın en düşük puan ortalamasının egzersiz alt boyutunda olması öğrencilerin egzersiz yapma alışkanlıklarının olmadığını ve yoğun oldukları gerekçesiyle egzersize zaman ayıramamalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamız sonucunda kız öğrencilerin toplam ölçek puanı (121.83±19.84) ile erkek öğrencilerin toplam ölçek puanları (119.37±22.45) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Bu bulgu bize sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmesinde cinsiyetin önemli rolü olmadığını göstermektedir. Cihangiroğlu ve Deveci'nin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında, Kaya ve arkadaşlarının öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceledikleri çalışmalarında da benzer nitelikte cinsiyetle sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki saptanmamıştır (16,18).

Tablo 3. Öğrencilerin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre SYBDÖ Alt Grupları ve Toplam Puanı ile Karşılaştırılması

Özellikler	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	SYBDÖ Toplam Puan
Yaş							
17-21	35.91±6.10	23.17±5.03	9.53±2.80	15.18±3.12	20.00±3.60	17.21±3.58	121.29±18.89
22 ve üzeri	36.03±7.83	24.98±7.05	9.57±3.17	15.57±4.09	19.73±4.74	16.88±4.02	123.04±25.78
İstatistik Analiz	t: -0.123 p:0.902	t: -2.203 p:0.028	t: -0.089 p:0.929	t: -0.782 p:0.435	t:0.467 p: 0.641	t:0.427 p:0.670	t: -0.575 p:0.566
Sınıf							
1.Sınıf	36.26±6.95	22.07±5.22	9.61±3.18	15.38±3.59	19.82±3.93	17.73±4.08	121.43±22.24
2.Sınıf	35.48±6.06	23.42±5.18	9.57±2.69	14.97±2.74	19.80±3.65	16.71±3.50	120.45±18.66
3.Sınıf	36.53±5.68	23.89±5.18	9.24±.82	15.55±3.23	20.62±3.52	17.19±3.28	122.95±17.72
4.Sınıf	35.45±7.27	25.52±6.21	9.82±2.73	15.15±4.03	19.45±4.32	16.56±3.65	122.28±23.36
İstatistik Analiz	F:0.574 p:0.633	F:4.399 p:0.005	F:0.447 p:0.720	F:0.553 p:0.646	F:0.146 p:0.330	F:1.683 p:0.171	F:0.257 p:0.856
Ekonomik durum							
İyi	38.43±7.24	24.41±5.85	10.26±3.62	15.73±3.32	21.21±4.63	18.32±4.08	128.39±23.54
Orta	35.73±6.06	23.40±5.44	9.36±2.63	15.28±3.25	19.78±3.59	16.96±3.51	120.93±19.27
Kötü	33.33±6.91	22.37±4.32	10.12±3.34	13.91±3.48	19.33±3.90	15.95±3.82	115.21±19.45
İstatistik Analiz	F:5.789 p: 0.003	F:1.202 p:0.302	F:2.484 p:0.085	F:2.508 p:0.083	F:3.139 p:0.045	F:4.008 p:0.019	F:4.045 p:0.018
Sigara Kullanımı							
Evet	35.25±7.72	23.12±4.28	9.06±2.76	13.18±3.41	20.68±4.94	17.12±3.96	118.75±21.79
Hayır	35.97±6.33	23.48±5.49	9.56±2.86	15.35±3.26	19.91±3.74	17.08±3.64	121.71±20.05
İstatistik Analiz	t:-0.441 p: 0.660	t:-0.258 p:0.796	t:-0.691 p:0.490	t:-2.588 p:0.010	t:0.787 p:0.432	t:0.047 p:0.963	t:-0.574 p:0.567
Sağlığı Kor. Geliş. Dersi Alma							
Evet	37.08±7.04	25.01±6.44	10.05±2.98	15.41±3.78	19.80±4.18	17.85±3.92	125.73±22.16
Hayır	35.59±6.16	23.00±5.01	9.39±2.81	15.20±3.14	20.00±3.69	16.85±3.54	120.32±19.33
İstatistik Analiz	t:1.768 p: 0.078	t:2.838 p:0.005	t:1.761 p:0.079	t:0.491 p:0.624	t:-0.407 p:0.684	t:2.093 p:0.037	t:2.055 p:0.041
Spor Yapma Olanığı							
Evet	37.30±6.25	24.11±5.24	10.23±2.86	15.65±3.25	20.58±3.86	17.69±3.53	125.81±19.25
Hayır	33.94±6.09	22.52±5.58	8.53±2.55	14.65±3.27	19.04±3.53	16.18±3.65	115.36±19.81
İstatistik Analiz	t:4.796 p:0.000	t:2.615 p:0.009	t:5.520 p:0.000	t:2.695 p:0.007	t:3.639 p:0.000	t:3.752 p:0.000	t:4.746 p:0.000

Çalışma sonucunda 22 yaş ve üzeri grubundaki öğrencilerin kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri dışındaki tüm alt ölçek puanları ve SYBDÖ toplam puanı, 21 yaş ve altı grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüş ancak ortalamalar arasındaki fark sadece sağlık sorumluluğu alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo3). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da 22 yaş ve üzerinde olan öğrencilerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi hariç tüm ölçek puanları 21 yaş ve altında olan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (19). Çalışmamızda 26 yaş ve üzeri grubundaki öğrencilerin stres yönetimi puanı diğer gruba göre daha düşüktür. Yapılan bir çalışma sonucunda da yaş ile stres yönetimi arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (1). Bu sonuç, yaşın ilerlemesiyle birlikte öğrencilerin gerek iş bulma kaygısı gerekse mesleki sorumluluk alabilme kaygısı daha fazla olduğundan daha yoğun stres yaşamalarına neden olmakta ve stresi azaltmaya yönelik girişimlerinin yetersiz kalabildiğinden kaynaklanabilir.

Öğrencilerin sınıflara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 4. Sınıfta okuyan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalaması (25.22 ± 6.21) diğer sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0.05$) (Tablo 3). İlhan ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim bulgumuzla paralel doğrultuda 4.sınıf öğrencilerinin sağlık sorumluluğu alt grubu puanı diğer öğrencilere göre yüksek bulunmuştur (20) .

Çalışmada ekonomik durum ile genel ölçek puanı karşılaştırıldığında gruplar arasında fark görüldü ($F=4.05$, $p=0.01$), gelir grupları kendi içerisinde post-hoc Tukey-HSD karşılaştırmasında ekonomik durumu iyi olan grubun SYBDÖ değerleri (128.39 ± 23.54) ekonomik durumu kötü olan gruptan (115.21 ± 19.45) anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p=0.01$). Ayrıca ekonomik durumu iyi olan öğrencilerin kişilerarası destek (21.21 ± 4.63), stres yönetimi puan ortalamaları (18.32 ± 4.08), ekonomik durumu kötü olanların puan ortalamalarına göre (19.33 ± 3.90 , 15.95 ± 3.82) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$, $p<0.05$ ve $p=0.01$) (Tablo 3). Çınar ve arkadaşlarının İstanbul Üniversitesi öğrencileriyle yaptıkları çalışmada da ekonomik durumu iyi olan öğrencilerin genel ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunduğu görülmüştür (21). Esin'in çalışmasında ise aylık gelir düzeyi yüksek olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla benimsedikleri bildirilmiştir (10). Yine literatürde özellikle yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ile birlikte gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (22,23). Türköl ve Güneş'in çalışmasında ekonomik durumu iyi olanların

beslenme ve stres yönetimi puanlarını daha yüksek bulmuşlardır (24). Ekonomik durumunu kötü olarak değerlendiren öğrencilerin beslenme puanlarının (13.91 ± 3.48) daha düşük olduğu saptanmıştır. Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada da bizim bulgumuzla benzer nitelikte gelir düzeyinin düşüşüne paralel olarak beslenme puanının da düştüğü saptanmıştır (25). Bireylerin kendi sağlığından sorumlu olması ve gerektiğinde profesyonel kişilere başvurması anlamına gelen sağlık sorumluluğunun, kendisinde sürekli takip ve tedavi gerektiren kronik hastalığı olanlarda puan ortalaması (123.82 ± 23.95) kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek (121.35 ± 19.75) bulundu. Ahijevy ve Bernhard'ın çalışmasında ise tıbbi bir hastalık tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (26). Kronik hastalığı olanlarda mevcut hastalıklarıyla ilgili bilgi ve bilinçlerinin sağlık sorumluluğu puanını artırdığı söylenebilir.

Çalışmamızda sigara kullanmayanların ve Beden Kitle İndeksi normal olan kişilerin beslenme alt grubu puan ortalaması daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0.01$). Ayaz ve arkadaşları hiç içmeyen veya içip bırakan öğrencilerin beslenme alt grubu puanlarının halen sigara içen öğrencilerden yüksek olduğunu saptamışlardır (1). Bu bulgu bize sigara kullanmayanların daha sağlıklı beslendiğini göstermektedir. Zararlı alışkanlıklardan olan sigara kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Çalışma bulgularımıza bakıldığında, öğrencilerin büyük çoğunluğunun sigara ve alkol kullanmadığı görülmektedir (Tablo 1). Bu veriler topluma sağlık hizmeti götürecek olan ve sağlıklı yaşam alanında topluma rehberlik edecek olan bu öğrenciler için oldukça iyi bir göstergedir. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da sigara içme ve alkol kullanma oranının düşük olarak bulunduğu belirtilmektedir (1,12).

Sağlığı koruma ve geliştirme dersi alan öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$) saptandı. Yapılan bir başka çalışmada da benzer bulgu elde edilmiştir (1). Hsiao ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerine sağlığı geliştirmeye yönelik olarak verilen eğitimin etkisini değerlendirdikleri çalışmada, eğitim sonrası SYBDÖ puan ortalamaları öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır (27). Bu bulgu öğrencilerin kendi sağlıkları üzerinde farkındalığın oluşturulması açısından okul müfredatına eklenecek sağlığın korunması ve geliştirilmesi dersinin etkili olduğunu göstermektedir. Bireylere sağlık davranış değişikliğini sağlamanın en kolay yolu sağlık eğitimidir (8). Bu eğitimle sağlanacak olan sağlıklı yaşam bilincinin oluşması, hem kendi yaşantılarının kontrol

etmeleri hem de sağlık çalışanı olacak bu bireylerin topluma rol model olmaları açısından önemlidir.

Çalışma sonucunda spor yapma olanağı bulunduğu ifade eden öğrencilerin ölçeğin tüm alt boyutları ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Gruplar arasındaki fark sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutu dışında istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 3). Spor yapma olanağı bulan kişilerin daha iyi sağlıklı yaşam biçimi davranışları göstermektedirler. Bizim bulgumuzla benzer nitelikte Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada sporla ilgilenenlerin tüm alt ölçek puanları ve SYBDÖ toplam puanı sporla ilgilenmeyen gruba göre daha yüksek bulunmuştur (28).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda öğrencilerin en yüksek puan ortalamasının kendini gerçekleştirme, en düşük puan ortalamasının ise egzersiz alt boyutundan aldıkları belirlendi. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmesinde cinsiyetin önemli rolü olmadığı, sağlığı koruma ve geliştirme dersi alan öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$), ekonomik durumu iyi olan öğrencilerin SYBDÖ değerleri ekonomik durumu kötü olan gruptan yüksek olduğu görüldü ($p=0.01$). Bu sonuçlar doğrultusunda; fakülte müfredatına seçmeli ders olarak eklenecek sağlığı koruma ve geliştirme dersinin devamlılığının sağlanması, öğrencilere fiziksel aktivitenin öneminin daha detaylı anlatılması, üniversite öğrencileri için, sosyal ve sportif faaliyetlerin yaygınlaştırılması ve kişilerin daha kolay yararlanabileceği bir konuma getirilmesi, öğrencilerin stres kaynaklarının belirlenip stresi azaltmaya yönelik girişimler konusunda eğitim verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;9(2):26-34.
2. Edelman CL, Mandle CL. Health Promotion through the life span, Philadelphia: Mosby Comp. 1998.

3. Hayran O, Sur H. Sağlık ve Hastalık Kavramları, Sağlık Hizmetleri Elkitabı. Yüce Yayın, İstanbul, 1997;1-32.
4. Öztekin Z. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri. Yeni Türkiye Dergisi 2001;7(39):204-205.
5. Sanci LA, Coffey CM et al. Evaluation Of The Effectiveness Of An Educational Intervention For General Practitioners In Adolescent Health Care: Randomized Controlled Trial. BMJ 2000;320:224-230.
6. Wainwright P, Thomas J, Jones M. Health Promotion And The Role Of The School Nurse: Systematic Review. J Adv Nurs 2000;32:1083-1091.
7. Esin N. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Hemşirelik Bülteni 1999;12(45):87-95.
8. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TAF Prev Med Bull 2008;7(6):497-502.
9. Ocakçı A. "Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü" 2007. Erişim. 01.06.2013 <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>.
10. Esin N. Doktora Tezi; "Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi" İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Semra Erdoğan. İstanbul-1997.
11. Spellbring M. Nursing Role In Health Promotion. Nursing Clinic North America 1991; 26(4):805-813.
12. Tambağ H, Turan Z. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi'nin Etkisi. HEMAR-G 2012;1:46-55.
13. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development And Psychometric Characteristics. Nurs Res 1987;36:76-81.
14. World Health Organization. BMI Classification. Erişim. 15.07.2013 http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
15. Altun İ. Kocaeli'nde Yaşayan Halkın Sağlıkla İlgili Tutumlarına ve Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bir Çalışma, Sağlık ve Toplum 2002;3:41-51.
16. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2011;16(2):78-83.
17. Özkan S., Yılmaz E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(7):90-105.

18. Kaya F, Ünüvar R ve ark. Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008;(7):59-64.
19. Bozhüyük A. Uzmanlık Tezi; “Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, Tez Yöneticisi;Yrd.Doç.Dr. Sevgi Özcan. Adana-2010.
20. İlhan N.,Batmaz M., Akhan LU. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;3(3):34-44.
21. Çınar N., Köse D., Akduran F., Özdemir K., Altınkaynak S. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.Uluslararası Yükseköğretim Kongresi: Yeni Yönelişler Ve Sorunlar. UYK-2011 İstanbul.
22. Duffy ME, Rossow R, Hernandez M. Correlates Of Health Promotion Activities In Employed Mexican Women. Nurs Res 1996;45:18-24.
23. Redland AR, Stuijbergen AK. Strategies For Maintenance Of Health-Promoting Behaviors. Nurs Clin North Am 1993;28:427-442.
24. Türkol E., Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;19(3):159-66.
25. Özyacıoğlu N., Kılıç M., Erdem N., Yavuz C., Afacan S. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011;8(2):278-332.
26. Ahijevy K, Bernhard L. Health Promoting Behaviors Of African American Women. Nursing Research 1994;43(2):86-89.
27. Hsiao YC, Chen MY, Gau YM, Hung LL, Chang SH, Tsai HM. Short-Term Effects Of Health Promotion Course For Taiwanese Nursing Students. Public Health Nursing 2005;22(1):74-81.
28. Yalçınkaya M., Özer FG., Karamanoğlu AY. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):409-420.

ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE HEMŞİRELERİN ORAL İLAÇ UYGULAMA GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Gülay İPEK ÇOBAN¹, Meltem ŞİRİN²

Esin KAVURAN², Bahar ÇİFTÇİ²

ÖZET

Sağlık bakım sisteminde, hemşirenin sorumlulukları sürekli olarak artmakta ve değişmektedir. Hemşirenin sorumlulukları içinde ilaç uygulamaları çok önemli bir yere sahiptir. Zamanının büyük çoğunluğunu hastayla birlikte geçiren hemşire, ilaç uygulama sürecini en iyi gözleyen meslek üyesidir. Sağlık bakım eğitiminin, hemşirelik bakım kalitesinin ve hasta güvenliğinin geliştirilmesine katkı sağlayabilmek için yapılan bu çalışma hemşirelerin oral ilaç uygulamalarını tehdit eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı türdeki araştırma Mart- Eylül 2013 tarihlerinde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde ilaç uygulaması yapan 221 hemşire ile yapılmıştır. Yapılan çalışma bulgularına göre ilaç güvenliğini tehdit eden faktörler arasında; ilaçların eczaneden temizlik personeli tarafından teslim alınması, kullanılmayan ilaçların imza karşılığında eczaneye teslim edilmesi gerekirken kliniklerde depolanması, oral ilaçların eczaneden tek dozlar şeklinde kesilerek gönderilmesi neticesinde ilaçların isim, doz ve son kullanma tarihlerinin okunamaması yer almaktadır. İlaç uygulama güvenliğini artırmak için ilaç güvenliği konusunda hizmet içi eğitimlerin artırılması ve bu konu ile ilgili daha kapsamlı araştırmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: İlaç Güvenliği, Hemşirelik, Oral İlaç.

*25 – 27 Ekim 2013, 14. Ulusal Hemşirelik Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Yrd. Doç.

²Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Araştırma Görevlisi

İletişim/ Corresponding Author: Esin KAVURAN
Tel: 0442 234 23 15 **e-mail:** esinkavuran@hotmail.com

Geliş Tarihi/ Received : 23.11.2013
Kabul Tarihi/ Accepted: 16.10.2014

DETERMINE THE FACTORS THREATENING ORAL DRUG PRACTICES OF NURSES AT A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

Nurses' responsibilities continuously increase and change in health care system. Responsibilities of a nurse has very important place in the practice of medicine. The nurse who spent a major part of his/her time with patient is the best observing profession to the medicine practices. This study was carried out with the aim of to determine the factors threatening oral drug practices of nurses, helping to improve health care education, quality of nursing care and patient safety. The descriptive study was carried out on the 221 nurses who practicing oral drug in Atatürk University Faculty of Medicine at the date of March-October 2013. According to the findings of the study of the factors that threaten the safety of medicines are; delivering the drugs from the pharmacy by the housekeeping staff, to storage of unused medicines in clinics although it should be delivered to the pharmacy for a signature, cannot be reading the drug name, dosage and expiration dates due to sending by pharmacy in single doses to cutting form of the oral drug blisters. It is recommended that more extensive research should be making on this topic to practice medicine in the in-service training to improve security and increase drug safety.

Keywords: Drug Safety, Nursing, Oral Drug.

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri geliştikçe ve hastalar haklarını öğrendikçe sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik ve kalite unsuru giderek öne çıkmaktadır. Bu öne çıkan konulardan en önemlilerinden birisi de hasta güvenliğidir. Bu kavram sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır (1,2,3).

Tıbbi hatalar veya hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde kalite programlarının önemli konularından birisidir. “Institute of Medicine”ın raporuna göre, Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl 98,000 kişinin tıbbi hatalar nedeni ile hayatını kaybettiği öne sürülmektedir. ABD’deki araştırmalar tıbbi hataların beşinci ölüm nedeni olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu sayı trafik kazası, göğüs kanseri veya AIDS’den ölenlerin sayısından daha fazladır. Bu sonuçlarda hasta güvenliğinin ne denli önemli bir kavram olduğunu ortaya koymaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de (DSÖ) tıbbi hataların önemli bir sağlık problemi olduğunu görünce 2004 yılında bir hasta güvenliği birimi oluşturmuştur ve böylelikle hasta güvenliğine yönelik uygulamalar daha sistematik halde yürütülmeye başlanmıştır (4,5,6,7).

Hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler. Hemşirelik sorumlulukları içinde ilaç uygulamaları çok önemli bir yere sahiptir. İlaç uygulaması, birçok disiplini içine alan bir süreç olmakla birlikte bu süreç, hasta bireyin muayenesi sonrası hekim tarafından istem verilmesi ile başlayıp; ilacın hemşire, hekim, hasta bireyin kendisi ya da yakınları tarafından uygulanması, kayıt edilmesi ve doğru tepkinin gözlenmesi ile sonlanmaktadır (8).

Basit bir ilaç vermenin ötesinde hemşire zamanının büyük çoğunluğunu hastayla birlikte geçirdiğinden, ilaç uygulama sürecini en iyi gözleyen meslek üyesidir. Hastanın ilaç tedavisine yanıtını ve etkisini gözleyerek, tedavinin değerlendirilmesi ve gerekliliğine katkıda bulunur. Hemşirenin ilaçları uygulamadaki sorumluluğu “sekiz doğru” ya (doğru ilaç, doğru doz, doğru hasta, doğru zaman, doğru yol, doğru ilaç şekli, doğru kayıt, doğru yanıt) bağlanır.

American Society of Hospital Pharmacists (ASHP)’e göre, ilaç uygulamalarında karşılaşılan hata tipleri ve tanımlamalarının başlıcaları şu şekilde yapılmaktadır:

- Atlama (ihmal) hatası: İstemde hata olmamasına rağmen dozlarda atlama olmasından kaynaklanmaktadır.

- İstem edilmeyen ilaç: Uygun olmayan ilacın verilmesidir. İlacın başka hastaya verilmesi ve istem dışı ilaç verilmesi uygulamalarını içerir.

- Aşırı doz: Hastaya ilaç dozunun tekrar verilmesidir.

- Yanlış doz: İlaç dozunun istemde yazılandan az yada fazla olarak verilmesidir. İstemde ilaç miktarının saptanmaması, metrik sistem ve/veya eczacılık sisteminin ifade edilmemesi hatanın en önemli nedenidir.

- Yanlış yol/yer: İlacın hekim isteminde belirtilen yoldan farklı bir yolla verilmesidir. Örneğin; Sol göz yerine, sağ göze ilaç uygulanması gibi.

- Yanlış dozaj formu: Hekim isteminde belirtilenden farklı bir dozaj formunun kullanılmasıdır.

Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanının tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşleri alındığında hataya yol açan ilk nedenler sırasıyla; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluk olarak belirlenmiştir (9).

Eşer ve ark. hemşirelerin ilaç hatası yapmalarına yol açabilecek etkenleri saptadıkları çalışmada; hemşirelerin %91.7'si ilaç hazırlarken çoğunlukla telefonlara yanıt vermek durumunda kaldıklarını, %43.7 ilaç uygulamalarında fizik koşullarla ilgili güçlüklerle karşılaşmalarını dış ortamla ilgili etkenler olarak bulmuşlardır (10).

Yapılan hataların çoğunlukla hemşire ve hekim kaynaklı olduğu göz önüne alındığında özellikle hemşirelerin ilaç hataları konusunda eğitilmesi ve hatayı rapor etme konusunda cesaretlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca hemşire, hatayı tanımlayan hata raporunu hazırlamak, hekime ve kuruma hatayı rapor etmek açısından etik ve profesyonel sorumluluk taşımaktadır (11).

Son zamanlarda hemşirelerin hatalı uygulamalarına yönelik açılan davalar büyük oranda artmaktadır. Bu da hemşirelerde; psikolojik sorunlar, mesleki başarısızlık, suçluluk ve utanma duygusu gibi olumsuz duygular yaratmakta ve hemşireleri sözel ve yazılı uyarı, kınama, maaştan kesme, görevden uzaklaştırma ve atılma, tazminat ile hapis cezasıyla karşı karşıya getirmektedir. Hemşire artan bu davalarla karşılaşmamak için kendini mesleki anlamda geliştirmek ve bilimsel birikimini artırmak zorundadır.

Sağlık bakım eğitiminin, hemşirelik bakım kalitesinin ve hasta güvenliğinin geliştirilmesine katkı sağlayabilmek için yapılan bu çalışmada hemşirelerin ilaç uygulamalarını tehdit eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Araştırma, Mart- Eylül 2013 tarihlerinde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Tanımlayıcı türdeki araştırmanın evreninin ilaç uygulaması yapan 254 hemşire oluşturmuştur. Anket uygulamasının yapıldığı tarihlerde izinli/raporlu hemşirelerin ve çalışmaya katılmak istemeyen hemşirelerin olması nedeniyle 221 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan demografik ve ilaç uygulamalarını tehdit eden açık uçlu soruları içeren anket formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırma planlandıktan sonra çalışma dışında bırakılan 10 hemşire ile pilot çalışma yapılarak veri formalarının anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği test edilmiş, gerekli olan yerler yeniden düzenlenmiştir. Araştırma öncesinde ilgili kurumdan çalışmanın yapılması için etik kurul izni ve hemşirelerden çalışmaya katılacaklarına dair onam alınmış, daha sonrasında veri formları araştırmacılar tarafından hemşirelere dağıtılmış, örneklem grubundaki tüm hemşirelerin formları doldurabilmesi için gerekli süre (beş gün) sonrasında doldurulmuş formlar toplanmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler hesaplanmıştır.

BULGULAR

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Tablo1'de görülmektedir. Hemşirelerin %90.5'i kadın, %50.7'si 18-25 yaş arasında ve %49.8'i lisans mezunudur. Hemşirelerin %43'ünün çalışma süreleri 1-5 yıl arasında değişmekte olup, %37.6'sı cerrahi kliniklerinde görev yapmaktadır ve büyük çoğunluğu klinik hemşiresidir (Tablo 1).

İlaçların eczaneden kliniğe getirilmesi ve kullanımıyla ilgili faktörlerin dağılımı Tablo 2'de bulunmaktadır. Hemşirelerin %39.8'i ilaç istemi yaptığını ve %31.7'si ilaçları eczaneden kendilerinin teslim aldığını ifade etmişlerdir. Serviste kullanılmayan/artan ilaçların durumu sorulduğunda hemşirelerin %50.7'si artan ilaçları klinikte depoladığını bildirmişlerdir.

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	200	90.5
Erkek	21	9.5
Yaş		
18-25	112	50.7
26-35	82	37.1
35-45	27	12.2
Eğitim durumu		
Lise	63	28.5
Önlisans	31	14.0
Lisans	110	49.8
Lisansüstü	17	7.7
Çalıştığı birim		
Dahiliye	56	25.3
Cerrahi	83	37.6
Yoğun bakım	34	15.4
Pediatri	48	21.7
Çalışma yılı		
1-12 ay	47	21.3
1-5 yıl	95	43.0
6-10 yıl	50	22.6
10 yıl ve üzeri	29	13.1
Çalıştığı pozisyon		
Servis sorumlu hemşiresi	44	19.9
Klinik hemşiresi	177	80.1
Toplam	221	100

Tablo 2. İlaçların Temin Edilmesiyle İlgili Faktörlerin Dağılımı

	Sayı	%
Eczaneden ilaç istemini yapan kişi		
Hemşire	88	39.8
Hekim	133	60.2
İlaçları eczaneden teslim alan kişi		
Hemşire	70	31.7
Temizlik personeli	67	30.3
Hemşire ve temizlik personeli	81	36.7
Hasta yakını	3	1.4
Kullanılmayan/artan ilaçların durumu		
Taburcu olan hastaya veriliyor	9	4.1
Klinikte depolanıyor	112	50.7
Eczaneye geri gönderiliyor	74	33.5
Diğer	26	11.8
Toplam	221	100

Tablo 3. Hemşirelerin Oral İlaç Uygularken Dikkat Ettiği Noktalar *

	Sayı	%
Doğru hasta	55	24.9
Doğru ilaç	78	35.3
Doğru ilaç şekli	23	10.4
Doğru doz	112	50.7
Doğru zaman	65	29.4
Doğru yol	32	14.5
Doğru yanıt	19	8.6
Doğru kayıt	12	5.4
İlacın son kullanma tarihine bakarım.	90	40.7
İlaç etkileşimine dikkat ederim.	13	5.9
Hastanın ilacı yuttuğundan emin olurum.	46	20.8
Hastanın aç tok oluşuna dikkat ederim.	14	6.3
Hastanın genel durumunu değerlendiririm.	14	6.3
İlacı aseptik teknik ile hastaya veririm.	34	15.4
İlaç kadehi kullanırım.	2	0.9
Sulandırılıp verilecek tabletlerin hazırlanmasına dikkat ederim.	11	5.0
Hastayı bilgilendiririm.	3	1.4

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 3'te hemşirelerin oral ilaç uygulamalarında dikkat ettiği noktalar yer almaktadır. İlaç uygulamalarında dikkat edilmesi gereken 8 doğru ilkeye bakıldığında; hemşirelerin en fazla sırasıyla doğru doz (%50.7), doğru ilaç (%35.3), doğru zaman (%29.4), doğru hasta (%24.9), doğru yol (%14.5), doğru ilaç şekli (%10.4), doğru yanıt (%8.6) ve doğru kayıta (%5.4) dikkat ettikleri saptanmıştır. Hemşirelerin dikkat ettiği diğer noktalar; %40.7 ilacın son kullanma tarihine bakılması, %20.8 hastanın ilacı yuttuğunda emin olunması, %15.4 ilacın aseptik teknik ile hastaya verilmesi, %5.9 ilaç etkileşimine dikkat edilmesi, %0.9 ilaç kadehi kullanılması ve %1.4 hastanın bilgilendirilmesidir.

Tablo 4'te hemşirelere göre oral yolla uygulanan ilaçların eczaneden tek tek kesilerek gelmesinin avantajları görülmektedir. Hemşirelere göre ilaçların eczaneden tek tek kesilerek gelmesinin avantajlarına bakıldığında; %21.3 ilaç dağıtımını kolaylaştırdığı, %23.1 ilaç birikimini önlediği, %7.2 bilisterlerin kesmek için zaman harcanmadığı, %5.4 ilacın hastaya aseptik teknik ile verilmesi avantaj olarak belirtilmiştir. Hemşirelere göre ilaçların eczaneden tek tek kesilerek gelmesinin dezavantajlarına bakıldığında ise; büyük çoğunlukla ilaç isminin

(%44.3), ilaç dozunun (%31.2) ve son kullanma tarihinin (%46.2) görünmediği belirtilmiştir. Ayrıca, %14.1 ilacın yere düşüp kullanılamaz duruma gelme riskinin daha fazla olduğu ve %3.6 fazladan ilaca gereksinim duyulduğunda ilaç bulunamadığı dezavantaj olarak bildirilmiştir.

Tablo 4. Hemşirelere Göre Oral Yolla Uygulanan İlaçların Eczaneden Tek Tek Kesilerek Gelmesinin Avantajları Ve Dezavantajları

	Sayı	%
Avantajları		
İlacın dağıtımını kolaylaştır.	47	21.3
İlacın hastaya aseptik teknik ile verilmesini sağlar.	12	5.4
İlaç birikimini önler.	51	23.1
Blisterleri kesmek için zaman harcanmaz.	16	7.2
İlaçların saklanması ve depolanması kolay olur.	8	3.6
Dezavantajları		
İlacın ismi görünmüyor.	98	44.3
İlacın dozu görünmüyor.	69	31.2
İlacın son kullanma tarihi görünmüyor.	102	46.2
İlacın yere düşüp kullanılamaz hale gelme riski fazladır.	31	14.1
Fazladan ilaca gereksinim duyulduğunda ilaç bulunmuyor.	8	3.6

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 5. Hemşirelerin Güvenli Oral İlaç Uygulamasına Yönelik Önerileri* (N=62)

	Sayı	%
Blisterler kesilmeden gelsin.	15	24.2
Kesilen ilaçların arkasına son kullanma tarihi yazılsın.	35	56.5
Kesilen ilaçların arkasına doz yazılsın.	15	24.2
Kesilen ilaçların arkasına isim yazılsın.	22	35.5
Her tabletin ayrı ambalajı olsun.	18	29.0
İlaçlar kutu ile gelsin.	4	6.5

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 5’de hemşirelerin güvenli oral ilaç uygulamasına yönelik önerileri görülmektedir. Önerilere bakıldığında; hemşirelerin %56.5’i kesilen ilaçların arkasına son kullanma tarihinin yazılmasını, %35’i isminin yazılmasını, %24.2’si dozunun yazılmasını önermiştir. Bunları takiben %24.2 blisterlerin kesilmeden kliniğe gelmesi, %29 her tabletin ayrı ambalajının olması ve %6.5 ilaçların kutu ile gelmesi önerileri sunulmuştur.

TARTIŞMA

İlaç uygulama süreci hekim isteminin yazılmasıyla başlar ve hemşirenin istemi kontrol ve kabul etmesi, tedavinin hazırlanması, uygulanması ve takip edilmesi ile devam eder. Ülkemizde bazı hastanelerde elektronik ilaç dağıtım sistemi kullanılmaktadır. Elektronik ilaç dağıtım sisteminin kullanımı da ilaçların değişimi nedeniyle oluşabilecek hataları azaltır (12). Bu çalışmada; ilaç isteminin %39.8'i hemşireler tarafından % 60.2'si hekim tarafından yapılmaktadır (Tablo 2). Uzman doktor tarafından hasta tabelasına günlük orderına kayıt edilen ilaçlar hastanın günlük ilaç istem kâğıdına ve bilgisayara kaydedilmelidir. Eczanede ilaçlar için hasta adına barkod çıkartılmalı, poşete yapıştırılmalı ve poşete konularak hazırlanmalıdır. Servis hemşiresi tarafından eczanede ilaçlar kontrol edilmeli, ilaçları teslim aldığına dair eczane ilaç çıkıtısına imzasını atarak ilaçları teslim almalı ve personel eşliğinde servise götürülen ilaçlar hasta bazında hazırlanan ilaç dolabına yerleştirilmelidir (13). İlaç yönetimi hemşirelerin sorumluluğundadır fakat ilaçların taşınma işlemi sırasında personelden yardım istenebilmektedir. Yaptığımız çalışmada; eczaneden ilacın alınma işleminin temizlik personeli tarafından yürütülmesi yüksek bir (% 30.3) orandadır. Hemşirelerin %31.7'si ilaçları eczaneden kendilerinin teslim aldığını, % 36.7'si ise personel ile birlikte aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Bu oranın yüksek olması; hemşirelerin yoğun çalışma koşulları, zamanın yanlış yönetilmesi ve hemşire yetersizliği nedeniyle olmasının yanı sıra hemşirelerin mesleki sorumluluklarını yerine getirme konusundaki eksikliklerin de neden olduğu düşünülebilir. İlaçların %1.4'ü hasta yakınları tarafından alınması ise dikkat çeken bir diğer noktadır.

İlaçlar eczaneden alındıktan sonra aynı gün içerisinde hastanın tedavisinin değişmesi, taburcu ve ex olması durumunda kullanılmayan ilaçlar eczaneye sorumlu hemşire tarafından 'ilaç iade formu' ile geri iadesi yapılmalıdır. Kullanılmayan ilaçların onayı eczane görevlisi tarafından kaldırılmalı, kullanılan miktarın onayı yapılmalıdır (13). Serviste kullanılmayan/artan ilaçların durumu sorulduğunda hemşirelerin %50.7'si artan ilaçları klinikte depoladığını ve % 33.5'i ise eczaneye geri gönderdiğini bildirmişlerdir (Tablo 2). Hemşirelerin %50.7'si acil durumlarda ilaç teminin kolay olması, yeni/eski hastaların da aynı ilacı kullanma ihtimali, gece nöbetlerinde destek hizmetlerin (nöbetçi eczane) açık olmaması ve ilacın eczaneye gönderme prosedürünün zor olduğu düşüncesiyle artan ilaçları klinikte depolamayı tercih etmiş olabilirler. Ancak bunun uygun depolama kurallarına göre yapılması gerekmektedir.

Şüphesiz ilaç uygulamalarında tüm sorumlulukların yerine getirilmesi, ilaçları doğru ilkeler ışığında ve bilinçli bir şekilde uygulanmasını sağlayarak hata olasılığını en aza indirger ve tedavinin başarısını önemli ölçüde artırır (14). Hemşirenin ilaçları uygulamadaki sorumluluğu “sekiz doğru ilke”ye (Doğru ilaç, doğru doz, doğru hasta, doğru zaman, doğru yol, doğru ilaç şekli, doğru kayıt, doğru yanıt) bağlanır (15). Gündoğmuş, Özkara ve Mete'nin (2004) yaptıkları çalışmada; ilaç hatalarını; ilacı yanlış hastaya uygulamak, yanlış ilaç yapmak, ilaç yan etkilerine karşı gerekli müdahaleyi yapmamak, ilaçları uygun şekilde muhafaza etmemek şeklinde olduğunu belirtmiştir (16). Yaptığımız çalışmada ise ilaç uygulamalarında uyulması gereken 8 doğru ilkeye yeterince uyulmadığı gözlenmiştir (Tablo 3).

Güvenli ilaç uygulamalarında doğru hastaya doğru işlemin yapılmasının ilk şartı kimlik doğrulamasıdır. Hemşirelere ‘oral ilaç uygulamasını yaparken nelere dikkat ediyorsunuz’ sorusu sorulduğunda %24.9 gibi küçük bir kısmı doğru hasta olup olmadığını kontrol ederim cevabını vermiştir (Tablo 3). Ayık ve ark.'nın öğrenci hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada; öğrenci hemşirelerin %4.4'ünün yanlış hastaya ilaç uygulaması yaptığı saptanmıştır (17).

Kesinlikle hata yapılmaması gereken doğru zamanda ilaç uygulama oranının % 29.4 gibi düşük seviyede olduğu görülmüştür. Özellikle terapötik indeksi dar ilaçlarda doza bağımlı yan etki, diğer ilaçlarda ise minimum etkili konsantrasyonun sağlanması açısından çok önemli olan doz aralıkları konusunda “uygulayıcı” sorumluluğunu yerine getiren hemşirelerin sadece %29.4'nün bu doğru zaman ilkesine uyması dikkat çekicidir ve eğitim gerekliliğini ortaya koymaktadır.

İlaç uygulamalarında sıklıkla yapılan bir diğer hata yanlış doz uygulamasıdır. Yanlış doz uygulaması pediatrik hastalarda en fazla rapor edilen ilaç hata tipidir (18). Ayık ve ark. (2010) öğrencilerin %14.3'ünün yanlış dozda ilaç uygulama hatasını yaptığını, Cesur (1988), hemşirelerin %4.0'mın yanlış dozda ilaç verdiğini, Wolf, ve ark. (2006)'da öğrenci hemşirelerin %17.1'inin doz/miktar ile ilgili hata yaptığını bildirmişlerdir (17,19,20). Araştırmamıza alınan hemşirelerin %50.7'si ilaç uygulamalarında doğru doz ilkesine uymaktadır (Tablo 3). Doğru doz ilkesine uyma; 8 doğru ilke uygulamalarından en yüksek (%50.7) olanıdır. Fakat yine de istenen düzeyde değildir. Hemşirelerin ilaç uygulamasında doğru doz ilkesine düşük oranda uyması, hemşirelerin bilgi eksikliğine ve yoğun çalışma koşullarına bağlanabilir.

İlaç uygulaması ile ilgili hemşirenin profesyonel sorumluluklarından birisi de; ilaca karşı bireyin cevabını gözleme ve yorumlamadır (21). İlaç uygulamasını takiben gelişebilecek komplikasyonları (kardiyo-vasküler ve solunum komplikasyonları gibi) erken dönemde saptayabilmek için hastanın yaşam bulguları yakından izlenmelidir (22). Ayık ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin %64.3'unun ilaç uygulamadan sonra hastayı gözlemediği saptanmıştır (17). Yaptığımız çalışmada ise hemşirelerin oral ilaç uygulamasında doğru yanıt ilkesini kontrol eden hemşirelerin oranı (% 8.6) çok düşüktür (Tablo 3). Bu durumun sebebi hemşirelerin oral ilaçların etkisinin/yan etkisinin parenteral ilaçlara göre daha az risk taşıdığını düşünmesinden kaynaklanabilir.

İlaç verildikten sonra en kısa sürede kayıt yapılmalıdır. Yapılan ilaç uygulaması kayıt edilmezse, farklı hemşire tarafından ilaç uygulaması tekrarlanabilir. Bu durumda hasta güvenliği ihmal edilmiş olur. Yaptığımız çalışmada hemşirelerin sadece %5.4'ü ilaç uygulamalarında doğru kayıt ilkesini uygulaması dikkat çekicidir.

Tüm ilaçların son kullanma tarihi (SKT) tedaviye başlanmadan önce kontrol edilmelidir (12). Çalışmamızdaki hemşirelerin % 58.3'ü ilaç uygulamalarından önce SKT'sini kontrol etmediği gözlenmiştir (Tablo 3). Aştı ve Kıvanç'ın yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %96.7'sinin ilaçların SKT'ine baktığı saptanmıştır (21). Hemşirelerin yarısından fazlasının ilaçların SKT'sini kontrol etmemesinin sebebi; hemşirelerin 'Eczane personeli son kullanma tarihi yakın ve/veye geçmiş olan ilacı göndermez' düşüncesi ile eczane personeline güven duyması, kontrol edilmesine gerek duymaması ve yoğun çalışma koşulları sebebiyle olabilir. Ayrıca oral ilaç blisterlerinin tek tek kesilerek geldiği, kutu şeklinde gelmediği ve eczane personeli tarafından kesilen ilaçların üzerine SKT yazılmadığı için hemşireler ilaçların SKT'ini kontrol edemiyor olabilirler. Ayık ve ark. yaptıkları çalışmada; öğrenci hemşirelerin %44.5'i ilaçların SKT'sine bakmadan uyguladıkları, Aştı ve Kıvanç (2003) yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin %96.7'sinin ilacın son kullanma tarihini mutlaka kontrol ettiklerini saptamışlardır (21).

Tedavi sırasında hastaların %5-15'inde ilaçlara karşı istenmeyen reaksiyonlar gelişmekte, hastaların %0.1'inde ise bu etkiler ölümlü sonuçlanabilmektedir. İlaçların istenmeyen etkileri kapsamında yer alan ilaç etkileşimleriyle ilgili sorunlara aynı anda birden fazla ilaç kullanımı (polifarmasi) sırasında daha fazla rastlanmaktadır (23). İlaç etkileşimi bu kadar önemli bir konu olmasına rağmen yaptığımız çalışmada hemşirelerin sadece %5.9'u ilaç uygulama sırasında ilaç etkileşimine dikkat etmektedir. Hemşireler bu durumda hasta

güvenliğini tehlikeye atmaktadır. ‘Hemşirelerin oral ilaçlar paranteral ilaçlara göre daha az risk taşır’ düşüncesine bağlanabilir.

Hemşirenin ilaç uygulamasındaki önemli sorumluluklarından bir diğeri de, hastanın ilacı aldığından emin olmasıdır (14,24,25,26). Tüm hastalarda özellikle ruhsal bozukluğu olan hastaların ilaçları yutup yutmadığı kontrol edilmelidir (27). Özellikle ağız yolu ile verilen ilaçların, hemşirenin kendisi tarafından hastaya içirilmesi, ilacın zamanında alınmış olmasını sağlayacaktır (14,24,25,26). İlaçlar order edildikten sonra hastalar için fayda sağlaması açısından düzenli ve uygun şekilde kullanılması gerekmektedir. Aştı ve Kıvanç’ın yaptıkları çalışma; hemşirelerin %88.0’ı hastaların ilaçlarını yutup yutmadığını kontrol ettiği sonucuna varmışlardır (21). Bu bulgu yaptığımız çalışmanın sonuçlarıyla (%20.8) örtüşmemektedir (Tablo 3). Bunun nedeni ise hemşirelerin, hastaların tedavisini aksatmamak için verilen ilacı reddetmeden içebileceği düşüncesiyle hasta ve hasta yakınlarına güven duyması sebebiyle olabilir.

Hemşire, hastanın hastalığını anlaması ve bakımıyla ilgili kararlar verebilmesi için hastaya gerekli bilgiyi vermelidir (28,29). Rıza yazılı olarak, bu mümkün değil ise sözlü olarak alınmalıdır (30). İlaç uygulaması yapılmadan önce hastaya ilaçları hakkında bilgi vermek hemşirelerin sorumluluğundadır. Yaptığımız çalışmada maalesef bilgi vermek neredeyse tamamen (%1.4) uygulanmamaktadır (Tablo 3). Bunun sebebi; hemşirelerin hasta eğitimi hakkındaki bilgi eksikliğinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir

Hemşirelerin % 21.3’ü oral yolla uygulanan ilaçların eczaneden tek tek kesilerek gelmesi ‘ilacın dağıtımını kolaylaştır’ şeklinde avantajı olarak görmüşlerdir (Tablo 4). Hemşirelerin bu düşünceye sahip olmasının sebebi; hemşirelerin önemli görevlerinden biri olan ilaç tedavisini, hızlı bir şekilde yapmak ve diğer işlere (takip, bakım, kişisel işler) daha fazla vakit ayırmak istemelerinden kaynaklanabilir. Fakat hemşirelik mesleği içerisinde; ilaç uygulamalarının önemli bir kısmını oluşturduğu unutulmamalıdır. Artık çoğu hastanede tüm ilaçlar elektronik dağıtım sistemi ile bilgisayardan istem yapıldığı için, ilaçlar servislere kutu ile değil sayı ile gönderilmektedir. Bunun sebebi ise; ilaç takibinin daha kolay yapılabilmesi içindir. Hemşirelerin %23.1’i ise ilaç birikimini önlediği düşüncesiyle, oral yolla uygulanan ilaçların eczaneden tek tek kesilerek gelmesini avantaj olarak görmektedirler.

Hemşirelerin % 7.2’si ise blisterleri kesmek için zaman harcadıklarına dikkat çekerek, oral ilaçların tek tek kesilerek gelmesini ‘Blisterleri kesmek için zaman harcanmaz’ şeklinde ifade ederek avantaj olarak görmektedirler (Tablo 4). Bunun sebebi ise; yeterli sayıda hemşire

olmamasından, yoğun çalışma koşulları olmasından ve zamanı etkin kullanamamaktan kaynaklanabilir.

Blisterler kesildiğinde tabletin sadece bir köşesinde bulunan SKT'si de kesilmiş olacaktır. Hemşirelerin %46.2'si SKT gözükmeyeceği, % 44.3'ü ilacın isminin gözükmeyeceği, %31.2'i ise ilacın dozunun gözükmeyeceği için oral yolla uygulanan ilaçların eczaneden tek tek kesilerek gelmesini dezavantaj olarak görmektedirler (Tablo 4). Hemşirelerin bu durumu dezavantaj olarak görmesi doğaldır. Çünkü oral yolla uygulanan ilaçlar kesildiği zaman kesilme nedeniyle ilaçların ismi, dozu ve SKT'si gözükmemektedir. Bu durum ilaçların SKT kontrolünü güçleştirmektedir. İlaçların içeriğindeki etken madde, belli bir süre sonra parçalanır ve değişime uğrar. Bu nedenle, son kullanma tarihi geçmiş ilaçların kullanılmasını kesinlikle önerilmemektedir. Süresi geçmiş ilaçların kullanılması hem etki azalmasına yol açarken, hem de istenmeyen reaksiyonlara neden olabilmektedir (31).

Hemşirelerin güvenli oral ilaç uygulamasına yönelik önerileri incelendiğinde; hemşireler kesilmiş olarak gelen oral ilaçlarda en büyük sıkıntıyı oral ilaçların SKT'ni görmekte zorluk çektiklerini dile getirerek, kesilen oral ilaçların arkasına son kullanma tarihinin yazılmasını istemektedirler. Öneriler kısmındaki en çarpıcı öneri ise; %29.0 oranında 'her tabletin ayrı ambalajı olsun' şeklindedir (Tablo 5). Hemşireler her parenteral ilacın üzerinde o ilacın SKT'sinin, dozunun ve isminin bulunduğu gibi, sadece kutu üzerinde değil, aynı zamanda her oral ilacın tabletlerinin üzerinde de aynı şekilde ilacın SKT'sinin, dozunun ve isminin bulunmasını önermektedirler.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Hemşirelerin ilaç uygulamalarını tehdit eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda; serviste ilaç istemini genellikle hekim tarafından yapıldığı, hemşirelerin % 36.7'si eczaneden ilaç alımını temizlik personeli ile birlikte yaptığı, yarıdan fazlası ise kullanılmayan/artan ilaçları serviste depoladığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin oral ilaç uygularken dikkat ettiği noktalar incelendiğinde 8 doğru ilkeye hemen hemen dikkat edilmediği, hemşirelerin yarıdan fazlasının ilaçların SKT'ini kontrol edemediği ve sadece 3 hemşirenin ilaç uygulaması yapmadan önce bireylere bilgi verdiği belirlenmiştir.

Hemşirelere göre; ilaçların ismi, dozu ve SKT'si görünmediği için oral yolla uygulanan ilaçların eczaneden tek tek kesilerek gelmesini dezavantaj olarak gördükleri

belirlenmiştir. Hemşirelerin yarından fazlası ise kesilen ilaçların arkasına son kullanma tarihi yazılmasını önerdiği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

○ İlaç uygulama protokol/prosedürü açık bir biçimde belirlenmesi,
○ Hemşirelerin ilaç uygulamalarına yönelik bilgisini güncellemek için hizmet içi eğitimler artırılması önerilir.

○ Üretici firmadan hastanede kullanılan oral ilaçlar için parenteral ilaçlar gibi tek tek üretilmesi ve her birinin arkasına ilacın adı, dozu ve SKT'si eksiksiz görünür şekilde yazılması önerilir. Eğer bu mümkün değilse eczane personelinin kesilen blisterlerin üzerine açık bir şekilde ilacın adı, dozu ve SKT doğru şekilde yazılması önerilir

KAYNAKLAR

1. Hatırnaz G. Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları. Seçkin Yayınevi. 2. Baskı. ISBN: 978 975 0208 8 29 İstanbul, 2007: 28-36.
2. Wendin R. Hasta Güvenliği - Temel Bir Yetkinlik Mi Yoksa Sadece Bir Kavram Mı?. 1. Hasta Güvenliği Kongresi . 28-31 Mart 2007, Antalya. 2007. p 24-28.
3. Sezgin B. Doktora Tezi; "Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi" İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Aytolan Yıldırım. İstanbul- 2007.
4. Patel V. Tıbbi Hataların Yönetimi. 1. Hasta Güvenliği Kongresi; 28-31 Mart 2007, Antalya 2007. p 24-28.
5. Ahmedzadeh A. Yüksek Lisans Tezi; "İş Sağlığı ve İş Güvenliği" Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Tarımsal Otomasyon, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Bilge Erdiller. Ankara - 1997.
6. Vatansever Ş. Yüksek Lisans Tezi; "Sağlık Kuruluşlarında İş Güvenliği ve Meslek Hastalıkları" İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Cavide Uyargil. İstanbul - 1999.
7. Zincir G, Erdal E, Zincir M. Hekim ve Hemşirelerin Hasta Hakları Konusunda Tutumlarının İncelenmesi. 1. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi; 9-11 Haziran 1999, Kocaeli. 1999. p 36-40.

8. Uzun Ş, Arslan F. İlaç Uygulama Hataları. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2008; 28 (2): 217-22.
9. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi 2010; 8 (2): 100-111.
10. Eşer İ, Khorshid L, Türk G, Toros F. Hemşirelerin İlaç Hatası Yapmalarına Yol Açabilecek Etkenlerin Saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007; 23 (2): 81-91.
11. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4 (2): 22-27.
12. Aştı T (ed), Karadağ A (ed), Tosun H. İlaç Yönetimi: Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı Kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-975-01795-7-0 Akademi Basım ve Yayıncılık İstanbul-2012. ss:722-726.
13.(www.midyatdh.gov.tr, 2013): internet adresine atıf
14. Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamentals of Nursing. The Art and Science of Nursing Care. Fourth Edition, Lippincott, Philadelphia - 2001. p 567-587.
15. Işıklı D. Yüksek Lisans Tezi, "Hemşirelerin Farmakoloji Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmakoloji ve Toksikoloji Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Muammer Elmas Konya- 2006.
16. Gündoğmuş ÜN, Özkara E, Mete S. Nursing and Midwifery Malpractice in Turkey Identified in The Higher Health Council Records. Nursing Ethics 2004; 11 (5): 489-499.
17. Ayık G, Özsoy S, Çetinkaya A. Hemşirelik Öğrencilerinin İlaç Uygulama Hataları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2010; 18 (3): 136-143.
18. American Academy of Pediatrics (AAP). Prevention Of Medication Errors In The Pediatric Inpatient Setting. Pediatrics 2003; 112: 431-36.
19. Cesur S. Uzmanlık Tezi; "İlaç Uygulamalarında Hemşirelerin Hata Olarak Görmedikleri Durumların Saptanması" Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1986.
20. Wolf ZR, McGoldrick TB, Flynn ER, Warwick F. Factors Associated With A Percerved Harmful Outcome From Medication Errors A Pilot Study, The Journal of Countinuing Education in Nursing 1996; (27): 65-74.

21. Aştı T, Kıvanç M. Ağız Yolu ile İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 6: 1-9.
22. Pasero C, McCaffery M. Providing Epidural Analgesi. How To Maintain A Delicate Balance. Nursing, 1999; 29(8): 34-39.
23. Aktay G, Hamit Hancı İ, Balseven A. İlaç Etkileşimleri ve Hekim Sorumluluğu. STED 2003; 12 (7): 261-264.
24. Abaan S. Hekim İstemleri ve Hemşirenin Yasal Sorumluluğu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1997; 1: 1-7.
25. Craven RF, Hurnle CJ. Fundamentals of Nursing. Human Health and Function. Third Edition, Lippincott, Philadelphia - 2000; 498-515.
26. Lilley LL, Aucker RS. Pharmacology And The Nursing Process. Second Edition, Mosby, st.Louis Baltimore 1999; 6-50.
27.(<http://www.megep.meb.gov.tr>, 2013): kuruma atıf
28. Alpar Ecevit Ş. Ülkemizde ve Dünyada Hasta Hakları. 1. Uludağ İç Hastalıkları Hemşireliği Sempozyum; 9 -11 Nisan 2003, Bursa. 2003. p 129-134.
29. Kayahan M, Ovayolu N. Hasta Hakları ve Hemşirenin Rolü. Hemşirelik Forumu 2004; 7(4): 36-40.
30. Kuğuoğlu Yazıcı S. Acil Bakım, Ed: Şelimen D, Acil Bakım, 3. Baskı, Yüce Yayım, İstanbul 2004, 11-16.
31.(www.istanbuleczaciodasi.org.tr, 2013) kuruma atıf.

MUĞLA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ALKOL KULLANMA SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Sema AKKAYA¹

ÖZET

Alkol ve sigara gibi bağımlılık yapan ve sağlığı tehdit eden maddelerle ilk tanışmalar genellikle gençlik çağında başlar. Bu çalışma üniversite öğrencileri arasında alkol kullanım sıklığının belirlenmesi amacıyla Muğla Üniversitesi öğrencileri ile yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan 713 öğrenci, Muğla Üniversitesinde okuyan öğrenciler arasından basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Veriler anket yöntemi ile toplanmış, marjinal ve çapraz tablolar hazırlanarak, hesaplamalar yüzdeler olarak yapılmıştır. Araştırmada öğrencilerin %48,81'inin alkol kullandığı, %72,12'sinin 16-20 yaş arasında alkole başladığı, %12,64'ünün ise her gün alkol kullandığı saptanmıştır. Öğrencilerin %54,42'sinin ailesinde alkol kullananların bulunduğu belirlenirken, %82,33'nün arkadaşlarının da alkol kullandığı tespit edilmiştir. Alkol kullananların %43,61'inin tadını sevdiği için alkol kullandığı, %82,61'inin alkolün zararları hususunda bilgi sahibi olduğu ve hemen hepsinin alkol kullanımına bağlı olarak sorunlar yaşadığı bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda öğrencilerin alkol kullanım sıklığının yüksek olduğu saptanmış olup, öğrencilerin alkol kullanımına bağlı sorunlar yaşadığı ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Alkol, Alkol Kullanımı, Üniversite Öğrencileri

¹Öğr. Gör. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

İletişim/Corresponding Author: Sema AKKAYA

Tel: 0 252 2111300 **e-posta:** semaakkaya@gmail.com

Geliş Tarihi/Received :25.10.2013

Kabul Tarihi/ Accepted:16.12.2014

INVESTIGATION OF FREQUENCY OF ALCOHOL USE OF MUĞLA UNIVERSITY STUDENTS

ABSTRACT

The beginning of health threatening and addictive substances like tobacco and alcohol starts at adolescence. The aim of this study is to determine the frequency of alcohol use among the students at Muğla University. The 713 students in the research were selected by using simple random sampling method. The data were collected through a survey, marginal and cross tables were prepared, percent related calculations were used. In the research it is determined that the %48.81 of the students use alcohol, %72.12 of the students started using alcohol at the age of 16 to 20 and %12.64 of the students use alcohol everyday. It is also determined that %54.42 of the students' families are alcohol users and %82.33 of the students' friends are alcohol users too. The %43.61 of the alcohol users of this study drink alcohol because of its taste, the %82.61 of the students were aware of the hazards of alcohol and most of them have had problems because of alcohol use. As a result of this study, it is determined that the frequency of alcohol use is high and students have problems due to using alcohol.

Key Words: Alcohol, Using Alcohol, University Students

GİRİŞ

Alkol bağımlılığı, en sık karşılaşılan madde bağımlılıkları arasındadır (1). Çağımız insanların günlük yaşamında alkole verdikleri yer gittikçe artmakta, bu artışa paralel olarak alkole bağlı bireysel ve toplumsal sorunlarda artış olmakta ve alkol alışkanlığı nedeniyle insanların beden ve ruh sağlığının bozulması yanında, ailesel ve kişisel çatışmalar ortaya çıkmaktadır (2). Serbest kullanımına ve satışına izin verilmesi, alkol kullanımının kabul edilebilir oluşu ve bir ölçüde hoşgörü ile karşılanması bu ürünlerin tüketimini ve buna bağlı olarak da bağımlılığını arttırmaktadır (1). Yılda 200.000 kişi alkole bağlı bir sorundan yaşamını yitirmektedir. Alkol kullanımı, büyük çaptaki sağlık sorunları yanında trafik kazaları, intihar, suça yönelme, aile parçalanması, iş hayatının bozulması, meslek kayıpları ve diğer ekonomik problemler gibi, toplumlara pek çok zararları olan çok boyutlu biyopsiko sosyal bir sorundur. Alkollü iken araç kullanma gençlerde akut alkole ilişkin ölümler için en yaygın risk etmenidir (3). Gençlik dönemi, gencin fiziksel ve duygusal olarak pek çok değişiklik yaşadığı, kişilik arayışı içinde olduğu kritik bir dönemdir. Heves, özentisi ve kendini kanıtlama çabası ile gençler bağımlılık yapan maddelere karşı daha çok ilgi duymakta ve kullanmaktadır (3,4). Bir gencin alkol kullanması bağımlılığa yol açabileceği için tehlikelidir (3). Bu nedenle bu araştırma Muğla Üniversitesi öğrencileri arasından rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen öğrencilerin alkol kullanım sıklığını ve sebeplerini araştırmak amacı ile planlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Bu araştırma, Muğla Üniversitesine bağlı fakülte ve yüksekokullarda okuyan toplam 713 öğrencide (275 kız, 438 erkek) yapılmıştır. Öğrenciler basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş olup, anket sorularının anlaşılabilirliği daha önce bir ön test grubu (20 kişi) ile denenmiştir. Anket sorularını; öğrencilerin hangi birimde okuduğu, yaşı, cinsiyeti, barındığı yer, boş zamanlarını değerlendirme biçimi, alkol kullanıp kullanmadığı, alkole başlama yaşı, alkolün zararları hakkında bilgi alma sahibi olup olmama durumu, alkol kullanma nedenleri ve alkole başladıktan sonra yaşadıkları sorunlar oluşturmaktadır. Anket formları dağıtılıp aynı gün içinde toplanmıştır. Formlar araştırmacı tarafından veri kodlama kağıdına geçirilerek veriler marjinal ve çapraz tablolar hazırlanıp yüzdelik olarak hesaplanmıştır.

BULGULAR

Öğrencilerin okudukları birimler ve dağılımları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo1. Öğrencilerin Okudukları Birimlere Göre Dağılımı

Birimler	Öğrenci sayısı	%
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi	265	37,17
Fen Edebiyat Fakültesi	243	34,08
Sağlık Yüksekokulu	70	9,82
Teknik Eğitim Fakültesi	14	1,96
Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	45	6,31
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	12	1,68
Meslek Yüksek Okulu	64	8,98
Toplam	713	100

Buna göre İktisadi İdari Birimler Fakültesi ve Fen Edebiyat Fakültesi öğrencileri çalışmada yer alan öğrencilerin oldukça büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Öğrencilerin %7,43’ünün 17-18 yaş, % 29,32’sinin 19-20 yaş, %35,34’ünün 21-22 yaş %27,91’nin ise 22 yaş ve üzeri yaşları arasında oldukları saptanmıştır (Tablo2). Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %61,3’ünü erkekler, %38,57’sini ise kızlar oluşturmaktadır (Tablo 3). Yapılan araştırmada öğrencilerin çoğunluğu %53,02’si öğrenci evinde, %2,10’u ailesi ile birlikte, %41,09’u yurttan, %3,23’ü ise pansiyonda kaldıklarını belirtmiştir. Öğrencilerin %50,49’nun boş zamanlarında kitap okuduğu, % 35,34’ünün sinemaya gittiği, %41,31’inin arkadaş toplantılarına katıldığı, %31,69’unun kafe, bar ve diskoya gittiği saptanmıştır.

Alkol kullanıp kullanmamalarına göre öğrencilerin %48,81’inin alkol kullandığı, %48,11’inin ise alkol kullanmadığı, %3,09’unun ise soruya cevap vermediği saptanmıştır (Tablo 4). Alkole başlama yaşının %72,12’sinin 16-20 yaş, %18,68’inin 15 yaş ve altı, %9,20’sinin ise 21 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Yaş Dağılımları Ve Alkole Başlama Yaşları

Yaş	Sayı	%	Alkole başlama yaşı	%
17-18	53	7,4	15 yaş ve üzeri	18,68
19-20	209	29	16-20 yaş	72,12
21-22	252	35,34	21 yaş ve üzeri	9,20
22 ve üzeri	199	27,91		
Toplam	713	100		100

Öğrencilerin %82,33'ünün arkadaş çevresi alkol kullanırken, %17,53'nün arkadaş çevresi ise alkol kullanmamaktadır. Yapılan araştırmada öğrencilerin %54,42'sinin ailesinde alkol kullanan bulunmazken, %45,02'sinin ise ailesinde alkol kullanan olduğu belirlenmiştir. Gençlerin yarısının (%50,57) ara sıra alkol kullandığı, %12,64'nün her gün, %25,57'sinin haftada bir, %10,92'sinin ise ayda bir alkol aldıkları belirlenmiştir. Yine öğrencilerin yarısına yakınının tadını sevdiği için (%49,13), %19,54'ünün sıkıntılardan kurtardığı için, %15,51'inin de çevresine uyum sağlamak için alkol kullandığı tespit edilmiştir. Öğrencilerinin büyük çoğunluğu alkolün sağlığa zararları hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade ederken (%82, 61), alkol aldıktan sonra %31,75'inin baş ağrısı, %17,43'ünün uyku düzensizliği, %13,49'unun sinirlilik ve %4,9'unun da çarpıntı yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Öğrencilerin Cinsiyetleri Ve Cinsiyete Göre Alkol Kullanım Sıklığı

Cinsiyet	% Alkol kullanan	% Alkol kullanmayan
Kız	38,57 107	30,75 157 45,77
Erkek	61,3 241	69,25 186 54,73
Toplam	100 348	100 343 100

22 Öğrenci bu soruya cevap vermemiştir.

Tablo 4. Öğrencilerin Alkol Kullanma Durumu

Öğrencilerin alkol kullanma durumu	Alkol kullanan		Alkol Kullanmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kullanan	6	40,0	9	60,0	15	100
Kullanmayan	25	17,0	122	83,0	147	100
Toplam	31	19,1	131	80,9	162	100

TARTIŞMA

Bu araştırma üniversite öğrencilerinde alkol kullanım sıklığının ve nedenlerinin belirlenmesi amacı ile Muğla üniversitesi öğrencileri arasında yapılan ilk çalışmadır. Araştırmanın sonucuna göre öğrencilerin %48,81'inin alkol kullanmakta olduğu belirlenmiştir. Bilir ve Mağden tarafından Hacettepe Üniversitesi öğrencileri arasında yapılan araştırmada öğrencilerin alkol kullanım oranı %41,8 olarak belirlenmiş olup, bizim sonucumuza benzerlik göstermektedir (5). Trakya Üniversitesi öğrencilerinde alkol kullanım sıklığının araştırıldığı başka bir çalışmada bu oran %33,2, Ege üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise %76 olarak bulunmuştur (3, 6). Tümerdem ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre ise yükseköğrenim gençliğinde alkol içme oranının İstanbul'da %43,6, Burdur'da %31,6, Samsun'da ise %16,3 olduğu bulunmuştur (7). Bu sonuçlar, toplumda gençlerde alkol kullanımının coğrafik bölgelere göre değişiklik gösterdiğini düşündürmektedir. Ülkemizde ve diğer ülkelerde genç gruplarda yapılan araştırmalarda ise alkol kullanım sıklığı %18,0-82,0 arasında değişen oranlarda belirlenmiştir (8,9).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %38,57'sinin kız, %61,43'nün erkek öğrenci olduğu belirlenirken alkol kullanma oranı kız öğrencilerde %30,75, erkek öğrencilerde ise %69,25 olarak saptandı. Bulgularımız Bilir ve Mağden'in yaptığı araştırma sonuçları (kızların %33,12, erkeklerin %66,7'si) ile benzerlik göstermektedir (10). Hammer ve Vaglum tarafından 19-22 yaş yetişkinleri arasında yapılan araştırmada ise erkeklerin kızlardan üç kat daha fazla içki içtikleri bulunmuştur (11). Bu sonuçlar özellikle toplumumuzda alkol kullanmanın erkekliğin bir göstergesi, kadınların içki içmelerine karşı bakış açısının hoş olmaması ve gençlik döneminde de özentiye bağlı büyümenin sembolü olarak algılanabilir (12,13). Ailede alkol kullanım durumuna bakıldığında, öğrencilerin %45,02'nin ailesinde alkol kullanıldığı ve aile de alkol kullanımı oranı ile öğrencilerin alkol kullanımı oranını birbirine çok yakın olduğu görülmüştür. Ayrıca gençlerin çevrenin etkisiyle de alkol kullanmaya başladıkları düşünülürse, alkole başlamada ve kullanmada aile önemli bir etken olarak düşünülebilir. Ailelerin eğitim durumlarına bakıldığında annelerin %44,65'nin babaların ise %39,13'nün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Öztürk ve Aykut'un Erciyes Üniversitesi öğrencileriyle yapmış oldukları bir çalışmada öğrencilerin annelerinin %52,2'si, babalarının ise %53,8'i ilkokul mezunu olarak bulunmuş olup bu sonuçlar çalışmamız sonuçları ile benzerlik göstermektedir (14). Süleyman Demirel üniversitesi öğrencilerinde yapılan benzer bir çalışmada öğrencilerinde anne ve babalarının okuryazar olanların oranı

üniversite eğitilmiş anne babalara göre daha yüksek bulunmuştur (15). Araştırmaya katılan öğrencilerin %72,12'sinin 16-20 yaş arasında alkole başladığı tespit edilmiştir. Bu sonuç, Tot ve arkadaşlarının sonuçları ile (16-18 yaş arası alkole başlama yaşı %60) uyumludur (16). Öğrencilerin %82,61'inde alkolün zararları hakkında bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Buna rağmen çalışma grubunun %48,81'inin alkol kullanıyor olması, öğrencilerin alkolün zararlarını bilmelerine rağmen, kullanmaya devam ettiklerini göstermektedir. Bu durum, toplum genelinde de yaygın bir durumdur. Öğrencilerin %12,64'unun her gün, %25,57'sinin haftada bir, %10,92'sinin ayda bir, %50,57'sinin ise ara sıra alkol kullandığı saptanmıştır. Arkadaş çevresinde alkol kullanma oranı %82,33 olduğu halde çevreye uyum nedeniyle alkol kullananların oranı sadece % 15,51 bulunmuştur. Bağımlılık yapan maddelere başlamada çevrenin önemli bir etken olduğu bilinmesine rağmen, araştırma sonuçlarının bu durumu desteklemediği tespit edilmiştir. Yine çalışmamızda öğrencilerin %49,13'ü alkolün tadını sevdiği için %19,54'ünün ise sıkıntılardan kurtardığı için kullandığını belirtmiştir. Çakmak ve Ayvaşık'ın yapmış oldukları çalışmada da en sık alkol kullanma nedeni olarak “eğlence için” ve “sorunlarını unutmak için” yanıtları en sık rastlanan yanıtlar arasında gösterilmiştir (17).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; öğrencilerin yarısına yakının alkol kullandığı, erkek öğrencilerde alkol kullanımının kızlara göre daha yüksek olduğu, alkol kullanma başlama yaşının 16-20 yaş arasında olduğu, çalışma grubunun yarısına yakınının ailelerinde alkol kullanımı olduğu, çevrelerinde alkol kullananların oranının çok yüksek olduğu ve gençlerin yarısına yakınının büyük çoğunluğunda ara sıra ve tadını sevdiği için alkol kullandıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar bize toplum ve özellikle gençlik için giderek önemli bir tehlike haline gelen alkol kullanımının azaltılması için öncelikle özendirici yayınların ve reklamların önlenmesi ve toplumun bu konuda daha duyarlı hale getirilmesi için çalışmalar yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

Bu amaçla bu tür anket çalışmalarının devam ettirilmesi, alkol kullanım sebeplerinin daha detaylı araştırılarak üniversite yönetimleri tarafından öğrencilerin alkol kullanımının azaltılması veya ortadan kaldırılmasına yönelik çözümler üretmesi gerektiği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1-Birsöz S, Turgay A, Psikiyatride İlaç Tedavisi, Medikomet Basım, Ankara, 1994; 55-68
- 2-Kum N, Pektekin Ç, Özcan, A, Psikiyatri Hemşireliği EI Kitabı, 1.Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1996; 98-115
- 3-Yiğit Ş, Khorshid L, Ege Üniversitesi Fen Fakültesi Öğrencilerinde Alkol Kullanımı ve Bağımlılığı. Bağımlılık Dergisi 2006; 7 (1):24-30
- 4-İlhan Ö, Demirbaş H ve ark. Çıraklık Eğitimine Devam Eden Çalışan Gençlerde Alkol Kullanımı Üzerine Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(4): 237-244
- 5-Bilir Ş, Mağden D, Hacettepe Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara-Alkol-ilaç Alma Bağımlılık Yapan Maddeleri Kullanma Alışkanlığının Araştırılması. Sağlık Dergisi 1993; 1(65):65-72.
- 6-Göktepe E O, Şenveli B, Kargı N, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde bir araştırma, 21. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 1985, Adana-Mersin, p.95-97
- 7-Tümerdem Y, Ayhan B, Özsüt H, ve ark. Orta ve Yükseköğrenim Gençleri ve Alkol Kullanımı, XXVII.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 1986, Marmaris, p.22-26
- 8-Donato F, Monarca S, Chiesa R, Feretti D, Modolo MA, Mardi G. Patterns and covariates of alcohol drinking among high school students in 10 Towns in Italy: A Cross-Sectional Study. Drug Alcohol Depend 1995; 37: 59-69
- 9-Smart RG, Walsh GW.Do Some types of alcoholic beverages lead to more problems for adolescents. J.Stund Alcohol 1995; 56(1):35-8
- 10-Bilir Ş, Mağden D, Hacettepe Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara-Alkol-ilaç Alma Bağımlılık Yapan Maddeleri Kullanma Alışkanlığının Araştırılması. Sağlık Dergisi 1984; 58:15
- 11-Hammer T, Vaglum, P;Use Of Alcohol And Drugs in The Transiational Phase From Adoleansce To Young Adulthood. Journal of Adolescence 1990; 13(2): 129-142
- 12-Barut Y, Üniversite Öğrencilerinin Sigara-Alkol-İlaç Alma ve Uyuşturucu Madde Kullanma Alışkanlığının Araştırılması. Sağlık Dergisi 1992; 1(64): 11-15
- 13-Pirinççi E, Erdem R, Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Alkol Kullanma Alışkanlıkları. AÜTD 2004; 36:71-76

- 14-**Öztürk Y, Aykut M , Erciyes Üniversitesinin Çeşitli Fakültelerinde Okuyan Öğrencilerin Sigara-Alkol-İlaç Alma Durumu ve Bunu Etkileyen Faktörler. Sağlık Dergisi 1989; 1(61): 1
- 15-**Orak S, Tangül Ö ve ark. Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara, Alkol alışkanlıkları ve sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 11(3):1-7
- 16-**Tot Ş, ve ark. Mersin Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanım Yaygınlığı ve İlişkili Özellikler. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 2002(3):227-231
- 17-** Çakmak SŞ, Ayvaşık BH, Üniversite Öğrencilerinde Alkol Kullanma Nedenleri ile Kaygı Duyarlılığı Arasındaki İlişki. Türk Psikoloji Dergisi; 2007; 22(60): 91-107

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AĞRI VE AMELİYAT SONRASI AĞRI YÖNETİMİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI: PİLOT BİR ÇALIŞMA

Sevilay ERDEN¹, Didem AKÇALI²,
Hülya BULUT³, Avni BABACAN⁴

ÖZET

Bu tanımlayıcı çalışma, cerrahi hemşirelerinin ağrı ve ameliyat sonrası ağrı yönetimi hakkında bilgi düzeylerini belirlemek için yapıldı. Araştırma, Şubat-Mart 2010 tarihleri arasında, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde, çalışmaya katılmayı kabul eden 57 cerrahi hemşiresiyle gerçekleştirildi. Veriler, ağrı ve ağrı yönetimine ilişkin toplam 35 sorunun yer aldığı anket formu ile toplandı. Anket genel demografik veri ve ağrı yönetimi soruları (8 tane ağrı fizyolojisi, 6 tane ağrı değerlendirmesi, 17 tane ağrı tedavisi ve 4 tane ağrı yönetimi sorusu) olmak iki bölümden oluştu. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler ve tek yönlü varyans analizi testleri kullanıldı.

Çalışma sonuçlarına göre, ortalama başarının %44.8 olduğu ve hemşirelerin çoğunun ağrı yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptandı. Konulara göre başarı oranları incelendiğinde en fazla doğru yanıtın ağrı ve fizyolojisi (%71.4), en az doğru yanıtın ise ağrı tedavisi (%32.1) sorularında olduğu saptandı. Araştırmanın sonuçları değerlendirildiğinde, hemşirelerin postoperative ağrı yönetimi bilgilerinin hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması açısından yetersiz olduğunu, bu nedenle hastanelerde düzenli eğitim programlarının yapılması gerektiğini gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi Hemşiresi, Postoperatif Ağrı, Ağrı Yönetimi, Bilgi

¹Arş. Gör. Dr., Gazi Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

²Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Algoloji BD.

³Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

⁴Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Algoloji BD.

İletişim/ Corresponding Author: Sevilay ERDEN
Tel: 0 312 216 26 54 **e-posta:** sevilaygil@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received :15.11.2013
Kabul Tarihi / Accepted:30.12.2014

**DETERMINING THE KNOWLEDGE OF THE PAIN AND POSTOPERATIVE
PAIN MANAGEMENT OF SURGICAL NURSES:
A PILOT STUDY**

ABSTRACT

This descriptive study conducted to determine the knowledge of surgical nurses related to pain and postoperative pain management. The study was performed between February–March 2010 with 57 surgical nurses who accepted to attend the study in Gazi University Faculty of Medicine Hospital. Data were collected by a questionnaire which included 35 questions related to pain and pain management. The questionnaire consisted of two parts: basic demographic data and pain management questions (8 pain physiology questions, 6 pain assessment questions, 17 pain treatment questions and 4 pain management questions). For analysis of the data percentage and ANOVA test were used.

According to study results, the mean success rate was found to be 44.8%, which indicates many nurses had insufficient knowledge regarding pain management. When subjects were examined according to the success' rate, the highest number of correct answers was determined in pain and pain physiology (71.4%) and the highest number of incorrect answers was determined in pain treatment (32.1%). The results of the study showed that nurses' knowledge regarding postoperative pain management is inadequate for efficient planning and performance of nursing care, so regular education programmes are needed in hospitals.

Key words: Surgical Nursing, Postoperative Pain, Pain Management, Knowledge

INTRODUCTION

Postoperative pain can have a expressive effect on patient healing (1). Nearly all of patients (%80) feel pain in the postoperative term (1,2). Of these patients, 86% had moderate, severe, or extreme pain (1). Postoperative pain is still insufficiently treated spite of improvements in the treatment of pain. Uncontrolled postoperative pain can cause postoperative morbidity and mortality (3).

Postoperative pain may leads to complications such as pneumonia, myocardial infarction, tromboembolic and urinary complications. On the contrary, adminstering higher doses of analgesics then required may cause complications such as deep sedation and hyperalgesia and also the duration of hospital stay (4,5). Therefore postoperative pain must be properly managed to avoid pain and treatment-related morbidity in the postoperative period (6).

Effective pain management entails health professionals' cooperative efforts in proper assessment, treatment, and documentation of pain (7). It is the nurse's duty to assess the patients pain, administer the medication, reassess the pain, and report the entire process to the health professionals throughout the day. However, most of the nurses were not efficient in dealing with pain. Lessons of pain management are not ample during school years or at the postgraduate level. Nursing programmes at the undergraduate level do not include a through approach to pain management and there are no programmes for postgraduate education. Therefore, inadequate education in pain management causes inadequete pain relief of patients (5,8).

Although assessment of pain is the 5th vital sign, the literature states that nurses do not assess pain properly for effective postoperative pain management. Most of the nurses do not believe in the patient's pain and do not use any scales while evaluating pain because of inadequate education (9,10,11). In addition, a significant proportion of the nurses estimate pain scores lower than the patients' scores (12,13). Administrating placebo to pain patients is another pain management deficit. Ozer et al. declared that 88.1% of the nurses believed that placebo (sterile saline) could be used to treat the patient's pain (10).

The other essential step of pain management is pain treatment. Opioids are the best analgesic drugs for postoperative severe pain. In a study, Edwards et al. declared that one third of the nurses use a maximum of three days of opioids, and nearly half of the nurses prefer non-opioid medication for postoperative pain (14). Also, Abdalrahim et al. reported

that most of the nurses have inadequate information about opioids.⁶ In the literature it is stated that wrong beliefs and lack education about analgesics leads to inadequate pain management (15-17).

Another barrier for effective pain treatment plans is lack of records. Because the nursing records about pain is a guide for pain treatment. Despite the nurses' responsibility on documentation for pain management, it is reported that nurses lack knowledge of postoperative pain documentation, which states the importance of pain management education programmes (6, 18).

Educating nurses about pain management increases the knowledge of the nurses, decreases postoperative pain scores and increases patient satisfaction (6,19,20,21). The educational programmes can ensure improvement of patients' outcomes (22). Therefore, nurses be equipped to guide nursing practice at all times for effective postoperative pain management.

Our hospital is one of the biggest University hospitals in Ankara, the capital city of Turkey where many patients are admitted from peripheral regions. This cross-sectional observational study is important to reflect a scene about nurses' knowledge of pain and postoperative pain management.

MATERIALS AND METHODS

Hospital, Ankara, Turkey to determine the surgical clinic nurses' knowledge about pain and pain management. This hospital had 1300 beds and nine surgical clinics. Six of the clinics (General Surgery, Thorax Surgery, Orthopedic Surgery, Reconstructive Surgery, Urology, Ear-Nose-Throat) agreed to participate in the study. The Neurosurgery, Gynecology and Cardiovascular surgery clinics did not accept to participate to the research, thus they were excluded. All of the 68 nurses working in six surgical clinics were informed about the study and 57 nurse accepted to participate. Permission was obtained from Hospital Nursing Director, Hospital Chief Physician. Verbal consent was obtained from all nurses indicating that they were accepting to participate in the study.

A questionnaire was developed by the researchers on the basis of literature data.^{8, 10, 16, 23} To ensure clarity the questionnaire was pre-tested on nurses, the nurses who took part in the pre test were not included in the study.

The questionnaire form consisted of two parts: (1) a set of basic demographic data and (2) pain management questions. Three questions in the questionnaire were about demographic properties of nurses (level of education, education on pain and place of pain education). The questionnaire included 35 pain questions and pain management questions consisting of 8 pain physiology questions, 6 assessment of pain questions, 17 pain treatment questions and 4 pain management (including 2 scenarios related=3 questions) questions. One of the case-related questions (question 33) was adapted from McCaffery et al. 's study (7). Most of the questions were in the form of right or wrong answer; three questions were multiple choice questions and one required drawing on the pain assessment scale. Each right answer was rated 1, each wrong answer or 'I do not know' answer was rated 0 points and a total of 35 points were available (Table 1).

The obtained data were analysed by using SPSS 17 software. Data was analysed by percentage and one way analysis of variance (ANOVA) test and were used for comparison of total points and independent variables. $p < 0.05$ was considered significant.

RESULTS

There was no correlation between nursing education and pain management knowledge. All of the nurses were female. Most of the nurses, 39 (68.5%), were undergraduate/post graduate. The majority of nurses, 40 (70.2%), were not educated about pain and the rest of them (29.8%) were educated only at school. They indicated that they were not educated about pain management in which hospital they were working.

Pain and pain management questions were evaluated and the percentages of correct responses according to subjects are shown on Table 1.

According to these results all nurses' success rates were between 25.71% and 68.57% points (by scoring over 100 percentages). Analysis of variance revealed a better score of nurses with undergraduate and postgraduate degrees ($F=0.256$; $p=0.04$). Nurses with pain education had better scores than others ($F=0.419$; $p=0.01 < 0.05$).

Table 1 - The Percentage of Correct Answers According to Subjects

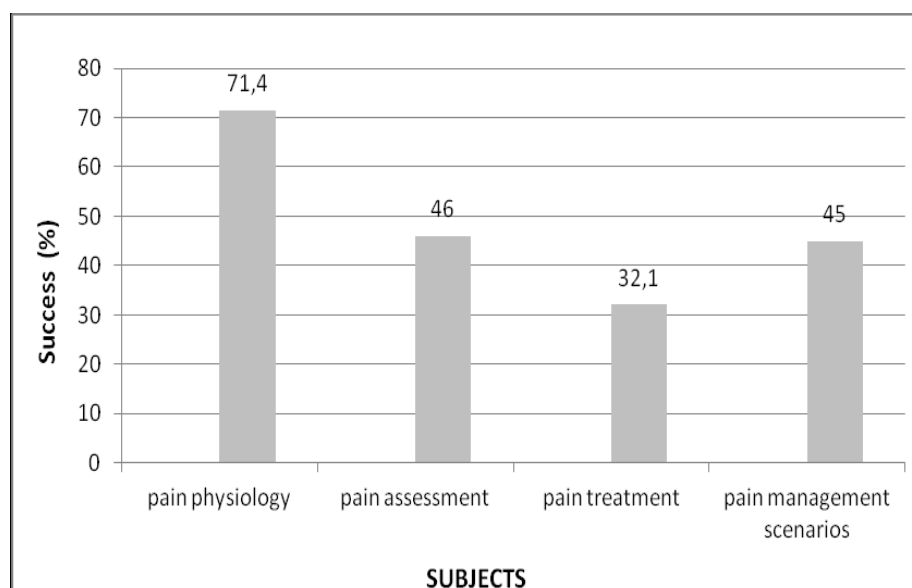
	Number	%
PAIN PHYSIOLOGY		
Pain is always caused by tissue injury	37	64.7
Pain signals after tissue injury are recognized by pain receptors and transmitted to cortex, so pain is perceived	49	86.0
Posttraumatic inflammatory exudation and haematoma induces pain by compressing nerve endings	49	86.0
Pain is a clue to diagnose and treat illnesses, so must be a vital sign	46	80.7
Pain in trauma, burn and medical diseases (such as; MI, acute pancreatitis) are considered as acute pain	56	98.2
Acute pain is biologically beneficial	30	52.6
Untreated acute pain may cause chronic pain	43	75.4
Untreated pain may increase bronchopneumonia and MI risk	16	28.1
ASSESSMENT OF PAIN		
To evaluate pain intensity, blood pressure, heart rate, respiration and fever is enough	53	93.0
Pain intensity must be assessed by the doctor, not by the patient	40	70.2
Visual Analogue Scale (VAS) is easy to use, so must be used for all patients	3	5.3
VAS is used to evaluate multiple aspects of pain: pain localisation, speciality of pain, factors affecting pain and intensity of pain	6	9.5
Posttraumatic unexpected increase in pain intensity means that the patient is addicted to drugs and craves for drugs by saying 'I have pain'	48	84.2
If pain does not subside with treatment, the accuracy of pain is tested by giving saline (placebo)	8	14.0
TREATMENT OF PAIN		
Pain medication is adjusted according to the patient and repeated doses are the same	28	49.1
Non steroidal anti-inflammatory agents and local anaesthetics are pharmacologic agents for pain treatment	48	84.2
Patient controlled analgesia (PCA) can be used for opioids and local anaesthetics	22	38.6
Antidepressants and anticonvulsants are adjuvant drugs for pain treatment	26	44.6
If the reason of pain is unknown postoperatively, opioids should not be administered as it could mask the diagnosis	5	8.8
Postoperative sudden and severe pain is treated with IM opioid	17	28.8
Sedative drugs are efficient pain killers	3	5.3
Morphine must be preferred for myalgias	32	56.1
An opioid drug, metamizol, is used for severe postoperative pain	16	28.1
The maximum effect time of intravenous morphine is 5 minutes	11	19.3
The maximum effect time of oral morphine is 1.5-2 hours	19	33.3
Naloxone decreases or ceases the drug effect if given together with non-steroid anti-inflammatory drugs	11	19.3
Non pharmacological heat/cold treatment must be performed only to the painful area to be successful	9	15.8
There is a risk of drug addiction (less than 1%) due to opioid consumption if patient has no history of drug abuse	33	57.9
Patients with a history of drug abuse must not be treated with opioids for postoperative pain	10	17.5
Opioids are the last resort because tolerance and addiction is very high postoperatively	7	12.3
Opioid tolerance is a condition where in a person cannot stop using these drugs in spite of harmful physical, psychological and social effects	14	24.6
PAIN MANAGEMENT		
Analgesic ladder	51	89.5
Case I-pain intensity	3	5.3
Case I-pain management	7	12.3
Case II-pain management	38	66.7

Table 2 presents standard deviation and range of right answers according to subjects. Pain physiology results were best (5.7%), pain treatment was worst (5.5%).

Table 2 – Correct Answers According To Subjects

SUBJECT	Total number of questions	Min.-Max.	Mean ± SD
Pain physiology	8	3-8	5.7±1.2
Pain assessment	6	1-5	2.8±1.0
Pain treatment	17	0-11	5.5±2.4
Pain management and scenarios	4	1-4	1.8±0.8

The total success rate of nurses was calculated as 44.8%. When success according to subjects was evaluated, the success rate was 71.4% in pain physiology, 46.0% in pain assessment, 32.1% in pain treatment and 45.0% in pain management (Figure 1).



DISCUSSION

Effective pain management is a vital role in nursing care. Nurses care for patients 24 hours a day. This makes the whole nursing care of the patient, pain assessment, pain treatment, evaluation of the results and sharing with the team possible.

The literature states that nurses' knowledge about pain is inadequate (10,17). We considered that pain management education is ignored in hospitals. We found that most of the nurses (70.2%) were not educated about pain. The results of our study are parallel to previous studies (10,17,24).

Pain may be caused without any physiologic alteration such as tissue injury. In this study, it is very satisfactory to find out that more than half of the nurses (65%) answered this question right. Most of the nurses (86%) know about pain physiology. Only a quarter of the nurses are aware of complications related to pain and only half of them think that pain is beneficial biologically, which means that the importance of pain is not very well emphasised. The results of our study are similarly to Ozer et al.'s study (10).

Pain assessment is the essential ladder of efficient pain management. While the patient is evaluated for vital signs, behaviour, face and facial impression must be examined. The pain response of each patient is unique and these may not be adequate. As McCaffery and Pasero (1999) concluded, sudden and severe pain causes short-term rare differences in vital signs.²⁵ Nearly all nurses (93%) agree that vital signs are inadequate to diagnose pain. This is parallel to similar studies about the knowledge of nurses (23,26).

Pain is a subjective experience, so scales are used to assess pain as an objective data. These scales offer a common language among patients and healthcare workers. The nurses do not use any scales while evaluating pain because of inadequate education (6,10). This is also confirmed in our study as success of pain scale questions was low.

According to our observations, when nurses do not use any pain scales it causes inadequate pain management. Although some studies indicated that patients' and nurses' pain scores are similar, most of the nurses do not believe in the patient's pain and nurses' pain scores are found to be lower than the patients' scores (9,12,13,24). In our study 70% of nurses stated that the patient is the most appropriate person to assess pain. However scenario questions showed that, nurses did not agree that they should believe the patient's report of pain.

Most of the nurses (86%) thought that placebo is a treatment choice in painful patients, so it is obvious that they do not believe in patients' reports. Placebo treatment is a barrier between the nurse-patient relationships, as stated in Ozer et al's study. However, Kuzeyli Yıldırım et al. and Mc Caffery et al. noted that most of the nurses did not believe that placebo is a useful test for identifying the truth of pain (23, 27).

Fear of opioid dependency is one of the inadequate pain management reasons (14-16). In our study very few nurses (12%) believed that opioid treatment is appropriate in the postoperative period because of tolerance and dependency risk. Half of the nurses are aware that opioid dependency due to opioid treatment is <1% in non-opioid dependent patients. This percentage is lower than Aslan and Badir's study (20%) (28). In Kuzeyli Yıldırım et al.'s study most of the oncology nurses (91%) believed that addiction would occur in patients who received opioids (27). These confirm that, in fact, nurses are afraid of opioid dependency. On the contrary, it is declared that only long term opioid treatment may be causes opioid dependency (29). For opioid-dependent patients very few nurses (17%) found opioid treatment appropriate. Studies in Turkey declared similar results (10, 27). Primary aim of opioid treatment is to achieve better life quality for the patient. It is declared that, best analgesics for opioid-dependent patients are opioids (30).

Another misbelief about pain management is about sedatives, which are supposed to treat pain. In our study only 5% of the nurses reported that sedatives are not analgesics, however, Ozer et al. noted that most of the nurses (75%) knew that sedatives are not analgesics (10,31). This is important as sedated patients might be considered as painless.

Nurses are not informed about non-pharmacologic treatments as well as pharmacologic treatments (10,27). In the literature it is stated that hot and cold treatment was effective for the painful area (32).

When answers to pain treatment questions were taken into account, total number of right answers was low, similar to other studies in our country (10,27,28). This indicates that in our country misbeliefs are still dominant and there is unreviewed information, so this may be important ground for undesirable complications.

In this study, two clinical scenarios were asked to evaluate decision-making skills of nurses about pain management. In the first scenario few nurses evaluated the pain level correctly and treated patient with correct opioid doses. These results agree with the findings of other studies (16,27). McCaffery et al. studied the attitude of nurses between 1990–2006. During these 16 years they reported better results in recent years, but nurses were still afraid of opioid treatments. Some studies stated that in a similar case scenario nurses did not believe the patients' pain and gave incorrect doses (13, 27). These nurses underestimated pain scores and inadequate treatment is due to insufficient knowledge of the nurses.

Pain management records were scored to determine the comprehensiveness of nursing documentation. In our study most of the nurses indicated that recording is a pain management step. Idvall and Ehrenberg³³ investigated postoperative pain records and concluded that analgesics were recorded in all patients but information about type of pain and drug treatment was missing (33). The findings were very match to a recent study by Abdalrahim et al (11).

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

Our study was similar to studies in the literature when total success rate among nurses was evaluated (27,34). This confirms that nurses' knowledge regarding postoperative pain management is not sufficient for efficient planning and performance of nursing care. Knowledge regarding postoperative pain must include a whole approach to pain management and be integrated in the educational curriculum. Education programmes including basic and recent information and evaluation is needed to achieve proper pain management care.

Small sample size in the present study is a limitation for sufficient statistical power about different nursing groups.

REFERENCES

1. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. *Anesth Analg* 2003; 97: 534–540.
2. Chung JWY, Lui JCZ. Postoperative Pain Management: Study of Patients' Level of Pain and Satisfaction with Health Care Providers' Responsiveness to Their Reports of Pain. *Nursing and Health Sciences* 2003; 5: 13-21.
3. Global Years Against Acute Pain. *Acute Pain and Surgery*. Retrieved from: www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=12977. 2010. Erişim tarihi: 07.06.2012.
4. Benyamin R, Trescot AM, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, Glaser SE, Vallejo R. Opioid Complications and Side Effects. *Pain Physician Opioid Special* 2008; 11: 105-120.
5. Duke G, Haas B, Yarbrough S, Northam S. Pain Management Knowledge and Attitudes of Baccalaureate Nursing Students and Faculty. *Pain Management Nursing* 2010; 3 (6): 1-9.

6. Abdalrahim MS, Majali SA, Stomberg MW, Bergbom I. The Effect of Postoperative Pain Management Program on Improving Nurses' Knowledge and Attitudes toward Pain. *Nurse Educ Pract* 2011; 11(4): 250-5.
7. National Anesthesia Practice Guidelines, Postoperative Pain Treatment. 2006. Retrieved from: <http://www.tard.org.tr/kilavuz/7.pdf>. Erişim tarihi:12.03.2008.
8. Yuceer S. Unpublished master's thesis; "Hemsirelik Öğrencilerinin Besinci Yaşam Belirtisi Olan Ağrı ve Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması" Hacettepe University, Supervisor; Prof. Dr. Saadet Ulker, Ankara-2008.
9. Ozbayir T, Demir F, Candan Y, Coskun İ, Dramalı A. Hastaların Perioperatif Doneme İlişkin İzlenimlerinin İncelenmesi. *Ataturk Univ. Nursing Journal* 2003; 6(1): 14-23.
10. Ozer S, Akyurek B, Basbakkal Z. Hemsirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi, Davranışları ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi. *Pain*, 2008; 18(4): 36-43.
11. Abdalrahim MS, Majali SA, Bergbom I. Documentation of Postoperative Pain by Nurses in Surgical Wards. *Acute Pain* 2008; 10:73-81.
12. Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses' Assessment of Pain in Surgical Patients. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52(2): 125-132.
13. Alm AK, Norbergh KG. (In press). Nurses' Opinions of Pain and the Assessed Need for Pain Medication for the Elderly. *Pain Management Nursing*.
14. Edwards HE, Nash RE, Najman JM, Yates PM, Fentiman BJ, Dewar A, Walsh A. M, McDowell JK, Skerman HM. Determinants of Nurses' Intention to Administer Opioids for Pain Relief. *Nursing and Health Sciences* 2011; 3: 149-159.
15. McCaffrey R, Zerwekh J, Keller K. Pain Management: Cognitive Restructuring as a Model for Teaching Nursing Students. *Nurse Educator* 2005; 30(5): 226-230.
16. McCaffery M, Pasero C, Ferrell BR. Pain Control: Nurses' Decisions about Opioid Dose. *American Journal of Nursing* 2007; 107 (12): 35-39.
17. Akbas M, Oztunc G. Examination of Knowledge About and Nursing Interventions for the Care of Patients in Pain of Nurses Who Work at Çukurova University Medical Faculty Balcali Hospital Original Research Article *Pain Management Nursing* 2008; 9 (3): 88-95.
18. Eid T, Bucknall T. Documenting and Implementing Evidence-Based Post-Operative Pain Management in Older Patients with Hip Fractures. *Journal of Orthopaedic Nursing* 2008; 12 (2): 90-98.

19. Zhang CH, Hsu L, Zou BR, LiJF, Wang HY, Huang J. Effects of a Pain Education Program on Nurses' Pain Knowledge, Attitudes and Pain Assessment Practices in China. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 36 (6): 616-627.
20. Crawford FI, Armstrong D, Boardman C, Coulthard P. Reducing postoperative pain by changing the process. Original Research Article. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2011; 49 (6): 459-463.
21. Yava A. Postoperatif Ağrı Tedavisinde Hemsirelik Uygulamalarının Etkinliği. Unpublished Doctoral Thesis, 2004, University of GATA.
22. Gordon D, Dahl J, Miaskowski C, McCarberg B, Todd K, Paice J. American Pain Society Recommendation for Improving The Quality of Acute and Cancer Pain Management. American Pain Society Quality of Care Task Force. *Archives of Internal Medicine* 2005; 165: 1574-80.
23. McCaffery M, Robinson ES. Your Patient is in Pain: Here's How You Respond. Are You Prepared for the Challenge of Managing Your Patients' Pain? These Startling Survey Findings Reveal What Nurses Know and Do not Know about Assessing and Treating Pain. *Nursing* 2002; 32(10): 36-45.
24. Duzel V. Hemsire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Posgraduate thesis, 2008. Ankara, Turkey.
25. McCaffery M, Pasero C. *Pain: Clinical Manual* (2nd edition), St. Louis. Mosby,1999, 1-14.
26. Erkes EB, Parker VG, Carr, RL, Mayo RM. An Examination of Critical Care Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in Hospitalized Patients. *Pain Manag Nursing* 2001; 2(2): 47-53.
27. Kuzeyli Yildirim Y, Cicek F, Uyar M. Knowledge and Attitudes of Turkish Oncology Nurses about Cancer Pain Management. *Pain Management Nursing* 2008; 9(1): 17-25.
28. Aslan FE, Badir A. Ağrı Kontrol Gerceği: Hemsirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi ve Gecirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları [Reality about pain control: knowledge and beliefs of nurses on the nature, assessment, and management of pain]. *Ağrı [Pain]* 2005; 17(2), 44-51.
29. Noble M, Tregear SJ, Treadwell JR, Schoelles K. Long-Term Opioid Therapy for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Efficacy and Safety. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 35(2): 214–228.

30. Mehta V, Langford RM. Acute Pain Management for Opioid Dependent Patients. *Anaesthesia* 2006; 61: 269–276.
31. Esen H, Öntürk Kan Z, Badır A, Aslan-Eti F. Entube ve Sedatize Yogun Bakım Hastalarının Pozisyon Verme ve Aspirasyon Sırasındaki Ağrı Davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (Acıbadem Health Sciences Journal)* 2010; 1(2): 89–93.
32. French SD, Cameron M, Walker BF, Reggars JW, Esterman AJ. Superficial Heat or Cold for Low Back Pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006; 25(1):CD004750.
33. Idvall E, Ehrenberg A. Nursing Documentation of Postoperative Pain Management. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11: 734-742.
34. Lui LY, So WKW, Fong DYT. Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management among Nurses in Hong Kong Medical Units. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17: 2014-21.

QUESTIONNAIRE FOR ASSESSMENT OF NURSES' KNOWLEDGE ABOUT PAIN MANAGEMENT
ASSESSMENT OF PAIN MANAGEMENT KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE- <i>SAMPLE</i>
(Answers in Bold Are Correct)
-Education level
<input type="checkbox"/> Vocational Health High School <input type="checkbox"/> Undergraduate <input type="checkbox"/> Postgraduate <input type="checkbox"/> Doctorate
-Did you have any education about pain?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
-If the answer is yes, where did you get the education? (You can mark more than one answer)
a- Pain management course <input type="checkbox"/> c- Postgraduate training <input type="checkbox"/>
b- Conferences about pain management <input type="checkbox"/> d- At school <input type="checkbox"/>
Below you will see some sentences about pain management. Please mark T for true answer, F for false answer and D for do not know.
Pain is always caused by tissue injury.
<input type="checkbox"/> (T)
<input checked="" type="checkbox"/> (F)
Pain signals after tissue injury are recognised by pain receptors and transmitted to the cortex; so pain is perceived.
<input checked="" type="checkbox"/> (T)
<input type="checkbox"/> (F)
Posttraumatic inflammatory exudation and haematoma induces pain by compressing nerve endings.
<input checked="" type="checkbox"/> (T)
<input type="checkbox"/> (F)
To evaluate pain intensity, blood pressure, heart rate, respiration and fever is always enough.
<input type="checkbox"/> (T)
<input checked="" type="checkbox"/> (F)
Pain is a clue to diagnose and treat illnesses, so must be a vital sign.
<input checked="" type="checkbox"/> (T)
<input type="checkbox"/> (F)
Pain in trauma, burn and medical diseases (such as; MI, acute pancreatitis) are considered as acute pain.
<input checked="" type="checkbox"/> (T)
<input type="checkbox"/> (F)
Acute pain is biologically beneficial.
<input checked="" type="checkbox"/> (T)
<input type="checkbox"/> (F)
Untreated acute pain may cause chronic pain.
<input checked="" type="checkbox"/> (T)
<input type="checkbox"/> (F)
Untreated pain may increase bronchopneumonia and MI risk.
<input checked="" type="checkbox"/> (T)
<input type="checkbox"/> (F)
Pain intensity must be assessed by the doctor, not by the patient
<input type="checkbox"/> (T)
<input checked="" type="checkbox"/> (F)
Visual Analogue Scale (VAS) is easy to use, so must be used for all patients.
<input type="checkbox"/> (T)
<input checked="" type="checkbox"/> (F)
VAS is used to evaluate multiple aspects of pain: pain localisation, speciality of pain, factors affecting pain and intensity of pain.
<input type="checkbox"/> (T)
<input checked="" type="checkbox"/> (F)
Posttraumatic unexpected increase in pain intensity means that patient is addicted to drugs and craves for drug by saying 'I have pain'.
<input type="checkbox"/> (T)
<input checked="" type="checkbox"/> (F)

If pain does not subside with treatment, the accuracy of pain is tested by giving saline (placebo).
(T)
(F)
Pain medication is adjusted according to the patient and repeated doses are the same.
(T)
(F)
Non-steroidal anti-inflammatory agents and local anaesthetics are pharmacologic agents for pain treatment.
(T)
(F)
Patient controlled analgesia (PCA) can be used for opioids and local anaesthetics.
(T)
(F)
Antidepressants and anticonvulsants are adjuvant drugs for pain treatment.
(T)
(F)
If the reason of pain is unknown postoperatively, opioids should not be administered as it could mask the diagnosis.
(T)
(F)
Postoperative sudden and severe pain is treated with IM opioid.
(T)
(F)
Sedative drugs are efficient painkillers.
(T)
(F)
Morphine must be preferred for myalgias.
(T)
(F)
An opioid drug, metamizol, is used for severe postoperative pain.
(T)
(F)
The maximum effect time of intravenous morphine is 5 minutes.
(T)
(F)
The maximum effect time of oral morphine is 1.5-2 hours.
(T)
(F)
Naloxone decreases or ceases the drug effect if given together with non-steroid anti-inflammatory drugs.
(T)
(F)
Non-pharmacological heat/cold treatment must be performed only to the painful area to be successful.
(T)
(F)
There is a risk of drug addiction (less than 1%) due to opioid consumption if patient has no history of drug abuse.
(T)
(F)
Patients with a history of drug abuse must not be treated with opioids for postoperative pain.
(T)
(F)
Opioids are the last resort because tolerance and addiction is very high postoperatively.
(T)
(F)
Opioid tolerance is a condition where in a person cannot stop using these drugs in spite of harmful physical, psychological and social effects.
(T)
(F)
Mark the right answer for the questions below.
What is an obligatory component of pain management? (You can mark more than one answer)

I. Pain assessment
II. Pain treatment
III. Reassessment
IV. Patient and family education about pain management
V. Pain management evaluation and recording data
a- I ve II b- I,II,III c- II,III,IV d-I,II,III,IV,V
<p>Mrs Aydin is 48 years old and had total abdominal hysterectomy 1 day ago. The patient was observed talking to relatives joyfully. Her vital signs are blood pressure: 110/90mmHg, heart rate 76/dk, respiratory rate: 20/dk. She responded 7 to a 0-10 pain scale (0=no pain; 10=worst pain ever). In her analgesic order, morphine 1-3 mg IV when needed is present.</p> <p>A- Please mark the pain score of patient according to you on the scale.</p>
<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>No pain Worst pain ever</p>
<p>B-What is the next step?</p> <p>Nothing is done, because the patient's pain score is not believed as 7; she is re-evaluated 1 hour later.</p> <p>Patient is distracted for pain relief.</p> <p>3 mg IV morphine is administered.</p> <p>IV saline is administered to understand whether the patient's pain is real.</p>
<p>Mrs Yilmaz who is 67 years of age had total hip replacement. She was administered IV morphine with Patient Control Analgesia device in the postoperative period. Infusion was 0.5 mg/hr, demand dose was 2 mg. She declared her pain score as 3/10 in the postoperative day 1. On the 2nd postoperative day she was started on an oral regimen and morphine infusion was stopped. She had pain during movement and her pain was relieved when she had the demand dose of 2 mg morphine. According to the case what is the preferred treatment?</p> <p>Patient is asked about her oral analgesic preference and drug was administered.</p> <p>PCA history is checked and oral analgesic drug according to the patient's need is administered</p> <p>50 mg petidin IM is administered when needed before moving after asking the doctor</p> <p>No analgesics are administered since she had mild pain.</p>

ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN İŞ TANIMLAMA VE DOYUM DÜZEYLERİ*

Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ¹, Fatma KURUDİREK²,
Gülbeyaz BARAN³

ÖZET

Araştırma, çocuk hemşirelerinin iş tanımlama ve iş doyum düzeylerinin değerlendirilmesi, aralarındaki ilişkinin incelenmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı nitelikte yapılan araştırma, Erzurum'da bir üniversite hastanesinde 1 Mayıs- 30 Kasım 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, üniversite hastanesi çocuk kliniklerinde çalışan 60 çocuk hemşiresi oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, bütün hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, İş Tanımlaması Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde yüzdeler dağılımlar, ortalama, standart sapma, t testi, Alpha katsayı hesaplaması ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada, çocuk hemşirelerinin %91.7'sinin kadın, yaş ortalamasının 27.30±5.07 olduğu, %70'inin üniversite mezunu, %53.3'ünün evli, %65'i beş yıl ve altı hemşirelik deneyimine ve %78.3'ünün beş yıl ve altı çocuk hemşireliği deneyimine sahip olduğu, %55'inin yenidoğan ünitesinde çalıştığı, %88.3'ünün klinik hemşiresi olduğu, %80'inin vardiya usulü ile çalıştığı ve %45'inin çocuk hemşireliğini isteyerek tercih ettiği saptanmıştır. Araştırmada, 5 yıl ve altı hemşirelik deneyimi olan ve sürekli gündüz çalışanlarda, iş tanımlama daha yüksek bulunmuştur (p<0.05). Çocuk hemşireliğini isteyerek seçenlerde iş doyumunu önemli düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p<0.05). Hemşirelerin iş tanımlaması arttıkça iş doyumları da paralel olarak artmış ve aralarında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur (p<0.001).

Anahtar Kelimeler: Çocuk Hemşiresi, İş Tanımlama, İş Doyumu.

*Bu çalışma, 24-27 Ekim 2013 tarihleri arasında Muğla'da yapılan 14. Ulusal hemşirelik Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi SBF, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.,

², Araş. Gör. Atatürk Üniversitesi SBF, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

³ Araştırma Görevlisi Doktor. Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü.

İletişim /Corresponding Author: Fatma KURUDİREK

Tel: 05376619621 **e-posta:** fatmasaban25@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received :22.05.2014

Kabul Tarihi / Accepted:31.12.2014

THE LEVELS OF JOB SATISFACTION AND DESCRIPTION OF PEDIATRIC NURSES

ABSTRACT

The study was conducted to evaluate and examine the relationship between the levels of job satisfaction and job description of pediatric nurses and to determine the affecting factors. The descriptive study was conducted in a university hospital in Erzurum, Turkey in between May 1, 2012 and November 30, 2012. The study population consisted of 60 pediatric nurses working in pediatric clinics in university hospitals. No sampling selection was performed, and all the nurses were included in the study. Personal Information Form, Job Description Scale, and Minnesota Satisfaction Questionnaire were used for data collection. The percentage distributions, means, standard deviation, t-test, Alpha coefficient calculation and correlation analysis were used in the statistical evaluation of data.

In the study, of the pediatric nurses 91.7% was female, the mean age was 27.30 ± 5.07 , 70% was university graduate, 53.3% was married, 65% had five years or less nursing experience, 78.3% had five years or less pediatric nursing experience, 55% was working in the neonatal unit, 88.3% was clinical nurse, 80% was working by shifts and 45% preferred the pediatric nursing by choice. In this research, job description was found to be higher in nurses that have five years or less than five years of nursing experience and who worked permanently in the daytime ($p < 0.05$). Job satisfaction was found higher and significantly in nurses that preferred the pediatric nursing by choice ($p < 0.05$). Job satisfaction of nurses increases in line with the increasing job description ($p < 0.01$).

Keywords: Pediatric Nurse, Job Description, Job Satisfaction

GİRİŞ

Bireyin iş yaşamını değerlendirmesi sonucu elde ettiği haz olarak algılanan iş doyumu (İD) çalışanların işini ve iş ortamını değerlendirmesi, fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin, beklentileri doğrultusunda karşılanma düzeylerine karşı geliştirdiği duygusal bir tepki olarak tanımlanmaktadır (1,2,3,4,5,6). Bireysel özellikler, gereksinimler ve deneyimler iş çevresi ile etkileşime girerek İD ya da doyumsuzluğu duygusunu oluşturur. İD kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biridir (3,4).

Sağlık hizmetlerinin her alanında hemşirelik hizmetlerinin oldukça etkin rolü bulunmaktadır (7,8). Sürekli özveri gerektiren hemşirelikte, çalışma ortamı memnuniyetinin hasta bakım kalitesine olumlu yansımaları nedeniyle İD büyük önem taşımaktadır (3,4,7,8,9,10,11).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, hemşirelerde İD'nin yaş, medeni durum, öfkelerini ifade etme şekilleri; mesleği isteyerek seçme, meslekte çalışma süresi, beklentilerin karşılanması; çalışma ortamı ve koşulları, yöneticilerle ve çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler, ağır çalışma koşulları, rollerde olan belirsizlik, sözleşmeli/kadrolu çalışma durumlarından etkilendiği ve İD yüksek olan hemşirelerin hastalara daha terapötik yaklaştığı belirlenmiştir (7,8,12,13). Literatürde, İD'ları yüksek olan hemşirelerin stresle başa çıkmada daha etkili oldukları ve İD ile stresle başa çıkma biçimleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (14).

Stresli bir iş ortamı olan çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin İD'larının incelenmesi çocuklara sağlıklı ve kaliteli bakım verilmesi açısından önemlidir.

Bu araştırma, çocuk hemşirelerinin iş tanımlama (İT) ve İD düzeylerinin değerlendirilmesi, aralarındaki ilişkinin incelenmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı nitelikte yapılan araştırma, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde, 1 Mayıs- 30 Kasım 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini, üniversite hastanesinin çocuk kliniklerinde çalışan 60 çocuk hemşiresi oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, bütün hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir.

Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu (KBF), İş Tanımlaması Ölçeği (İTÖ) ve Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) kullanılmıştır.

KBF hemşirelerin cinsiyetini, yaşını, eğitim durumunu, medeni durumunu, hemşirelik deneyimini, çocuk hemşireliği deneyimini, çalıştığı birimi, görevini, çalışma şeklini ve çocuk hemşireliğini seçme durumunu belirleyen 10 kapalı uçlu sorudan oluşmuştur.

İş Tanımlaması Ölçeği (İTÖ), Smith ve arkadaşları tarafından 1969 yılında geliştirilmiştir. İTÖ'nün dilimize tercümesi, uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Ergin tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Ölçek 5 adet alt boyuta sahiptir. Bunlar, "işin kendisi" (12 madde= 0-36 puan), "ücret" (4 madde= 0-12 puan), "terfi" (4 madde= 0-12 puan), "yönetim" (6 madde= 0-18 puan) ve "iş arkadaşları" (6 madde= 0-18 puan) şeklindedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde katılımcılara, verilen sıfatların kendi işlerini hangi düzeyde tarif ettiği sorulmakta ve şayet iyi tarif ediyorsa "E" (Evet), iyi tarif etmiyorsa "H" (Hayır) ve kararsızlık halinde ise "?" işaretlerini koymaları istenmektedir. Puanlamada olumlu ifadeler "evet" ve olumsuz ifadeler "hayır" cevabının karşılığı 3 puan, tersi durumlara 0 puan, kararsız ifadeler de 1 puan verilerek puan toplamları hesaplanmaktadır. Söz konusu ölçeğin puan aralığı ise 0'dan 96'ya kadardır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı, .92'dir (5). Ölçeğin bu araştırmadaki güvenirlik katsayısı, .69 olarak belirlenmiştir.

Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ), Weiss ve arkadaşları tarafından kişilerin çalıştıkları işe karşı, işin çeşitli özelliklerine göre ne denli memnuniyet beslediklerini belirlemek amacıyla 1967 yılında geliştirilmiş ve dilimize tercümesi, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Baycan tarafından 1985 yılında yapılmıştır. 5'li likert tipte olan ölçeğin 20 maddelik kısa ve 100 maddelik uzun versiyonları bulunmakta olup bu çalışmada kısa versiyon kullanılmıştır. Her bir maddede kişinin işinden duyduğu hoşnutluk derecesini tanımlayan 'hiç hoşnut değilim', 'hoşnut değilim', 'kararsızım', 'hoşnutum' ve 'çok hoşnutum' şeklinde 5 seçenek bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde katılımcıların her bir maddeye verdiği yanıtların puan karşılıklarının toplamı esas alınmaktadır. Ölçeğin puan aralığı 20'den 100'e kadar olmakta, orta nokta (nötr) ise 60 puan olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla katılımcıların ölçekten elde ettikleri puanın 20'ye yakın olması düşük iş doyumunu, 100'e yakın olması ise yüksek iş doyumunu ifade etmektedir. İş doyumunu kavramı içsel ve dışsal doyum gibi alt boyutlara sahiptir. Buna göre içsel doyum puanı başarı, tanınma ya da takdir görme, işin yapısı ve sorumluluğu, terfi olmaya bağlı görev değişikliği gibi kişinin iş ile alakalı içsel doyumuyla ilgili öğeleri yansıtmaktadır. İçsel doyum puanı, bu boyutun

maddelerinden elde edilen puanların toplamının 12'ye bölünmesi ile bulunur. Dışsal doyum puanı ise örgüt politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ait öğelerden oluşmaktadır. Dışsal doyum puanı, bu boyutun maddelerinden elde edilen puanların toplamının 8'e bölünmesi ile bulunur. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.77'dir. Ölçeğin bu araştırmadaki güvenirlik katsayısı, .90 olarak belirlenmiştir.

Veriler, 1-30 Haziran 2012 tarihleri arasında, araştırma konusunda bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden hemşireler ile yüz yüze görüşerek elde edilmiştir.

Veriler, bilgisayar ortamında yüzdeler dağılımlar, ortalama, standart sapma, t testi, Alpha katsayı hesaplaması ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumdan yasal izin alınmıştır. Hemşirelere çalışmanın amacı açıklanmış, soruları yanıtlanmış ve sözlü onayları alınmıştır. Araştırmada, insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan "Bilgilendirilmiş Onam İlkesi", "Gönüllülük İlkesi" ve "Gizliliğin Korunması İlkesi" yerine getirilmiştir.

BULGULAR

Çocuk hemşirelerinin İT ve İD düzeylerinin değerlendirildiği, aralarındaki ilişkinin incelendiği ve etkileyen faktörlerin belirlendiği araştırmada, çocuk hemşirelerinin %91.7'sinin kadın, yaş ortalamasının 27.30±5.07 olduğu, %70'inin üniversite mezunu, %53.3'ünün evli, %65'i beş yıl ve altı hemşirelik deneyimine ve %78.3'ünün beş yıl ve altı çocuk hemşireliği deneyimine sahip olduğu, %55'inin yenidoğan ünitesinde çalıştığı, %88.3'ünün klinik hemşiresi olduğu, %80'inin vardiya ile çalıştığı ve %45'inin çocuk hemşireliğini isteyerek seçtiği saptanmıştır.

Hemşirelerin İT toplam puan ortalamasının 53.55±12.63 ve alt boyutlardan aldıkları puanlar, İşin kendisi için 20.36±5.48, ücret için 3.60±3.04, terfi için 4.60±3.66, yönetim için 11.66±6.06 ve iş arkadaşları için 13.3±3.39'dur. Hemşirelerin İD toplam puan ortalaması 3.38±0.71 ve alt boyutlardan içsel doyum için 3.28±0.82 ve dışsal doyum için 2.81±0.85 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Çocuk Hemşirelerinin İş Tanımlama ve İş Doyumu Puan Ortalamaları

Ölçekler	Çocuk Hemşirelerinin İTÖ Puanları	
	Min-Maks.	X±SS
İTÖ		
İşin Kendisi	0-33	20.36±5.48
Ücret	0-12	3.60±3.04
Terfi	0-12	4.60±3.66
Yönetim	0-18	11.66±6.06
İş Arkadaşları	4-18	13.3±3.39
Genel	24-82	53.55±12.63
MİDÖ		
İç Doyum	1-5	3.28±0.82
Dış Doyum	1-4	2.81±0.85
Genel	1-5	3.38±0.71

Araştırmada, çocuk hemşirelerinin hemşirelik deneyimine göre İT alt boyutlarından terfi, yönetim ve genel iş tanımlama puan ortalamaları 5 yıl ve altı deneyimi olanlarda, önemli düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p<.05$). Çocuk hemşireliği deneyimine göre İT alt boyutlarından işin kendisi, terfi, yönetim ve genel iş tanımlama puan ortalamaları 5 yıl ve altı deneyimi olanlarda, önemli düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p<.05$). Hemşirelerin çalışma şekline göre, İT toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, sürekli gündüz çalışanların puan ortalamalarının $55.47±12.44$ vardiyalı çalışanlardan $45.83±10.62$ anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<.05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Çocuk Hemşirelerinin Özellikleri ile İş Tanımlama Düzeylerinin Karşılaştırılması

Özellikler	İş Tanımlama						İş arkadaşları	Toplam Puan
	İşin kendisi		Ücret	Terfi	Yönetim			
	n	%	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS		
Hemşirelik Deneyimi (6.11±5.77,yıl)								
5 yıl ve altı	39	65.0	19.94±5.49	4.20±3.44	5.51±3.57	13.35±4.95	13.64±3.22	56.66±12.18
6 yıl ve üzeri	21	35.0	21.14±5.52	2.47±1.69	2.90±3.28	8.52±6.77	12.71±3.68	47.76±11.59
Test ve p			MU=366	MU=299.5	MU=228.5	MU=238.5	MU=353	MU=218
			p=0.498	p=0.076	p=0.004	p=0.007	p=0.367	p= 0.003
Çocuk Hemşireliği Deneyimi (4.03±4.54,yıl)								
5 yıl ve altı	47	78.3	19.68±5.66	4.00±3.16	5.27±3.51	13.38±4.95	13.61±3.12	55.95±12.07
6 yıl ve üzeri	13	21.7	22.84±4.05	2.15±2.11	2.15±3.23	5.46±5.76	12.23±4.18	44.84±10.97
Test ve p			MU=192	MU=211.5	MU=141	MU=94	MU=254.5	MU=137.5
			p=0.041	p=0.079	p=0.003	p=0.000	p=0.346	p=0.003
Çalışma Şekli								
Sürekli Gündüz	12	20.0	21.74±5.85	4.30±2.88	4.63±3.95	12.48±6.05	14.11±2.95	55.47±12.44
Vardiya	48	80.0	19.24±4.97	2.74±3.07	4.55±3.35	10.66±6.03	12.66±3.62	45.83±10.62
Test ve p			MU=333.5	MU=300.5	MU=434.5	MU=369.5	MU=333	MU=261.7
			P=0.094	P=0.025	P=0.868	P=0.251	P=0.085	p=0.009
Çocuk Hemşireliğini Seçme Durumu								
İsteyerek	27	45.0	21.18±5.94	3.33±2.18	5.44±3.93	13.14±6.00	13.85±2.68	56.96±11.38
İstemeyerek	33	55.0	19.69±5.07	3.81±3.62	3.90±3.33	10.45±5.92	12.87±3.86	50.75±13.07
Test ve p			MU=400	MU=432	MU=337	MU=310	MU=386	MU=337
			P=0.496	P=0.840	P=0.101	P=0.041	P=0.363	P=0.107

Araştırmada, çocuk hemşirelerinin cinsiyet ve medeni duruma göre İD arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Çocuk hemşireliğini isteyerek seçenlerde, İD ve iki alt boyutu (içsel doyum ve dışsal doyum) önemli düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<.05$). 5 yıl ve altı çocuk hemşireliği olanlarda 2.95±0.80 hemşirelerin İD dışsal doyumunu alt boyutu puan ortalamalarının 2.30±0.85 6 yıl ve üzeri olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Çocuk Hemşirelerinin Özellikleri ile İş Doyumu Düzeylerinin Karşılaştırılması

Özellikler			İş Doyum		Toplam Puan
			İç Doyum	Dış Doyum	
			X ± SS	X ± SS	X ± SS
Hemşirelik Deneyimi (6.11±5.77,yıl)					
5 yıl ve altı	9	5.0	3.30±0.89	2.89±0.85	3.43±0.71
6 yıl ve üzeri	1	5.0	3.23±0.70	2.66±0.85	3.28±0.71
Test ve p			MU=384 p=0.672	MU=345.5 p=0.284	MU=364.5 p=0.441
Çocuk Hemşireliği Deneyimi (4.03±4.54,yıl)					
5 yıl ve altı	7	8.3	3.31±0.83	2.95±0.80	3.44±0.68
6 yıl ve üzeri	3	1.7	3.15±0.80	2.30±0.85	3.15±0.80
Test ve p			MU=272 p=0.519	MU=175.5 P=0.012	MU=244.5 p=0.226
Çalışma Şekli					
Sürekli Gündüz	2	0.0	3.41±0.66	2.87±0.86	3.39±0.73
Vardiya	8	0.0	3.25±0.86	2.58±0.79	3.33±0.65
Test ve p			MU=256.5 p=0.532	MU=228.5 p=0.235	MU=269.5 p=0.705
Çocuk Hemşireliğini Seçme Durumu					
İsteyerek	7	5.0	3.55±0.69	3.11±0.84	3.55±0.64
İstemeyerek	3	5.0	3.06±0.86	2.57±0.79	3.24±0.75
Test ve p			MU=316 p=0.039	MU=292.5 p=0.014	MU=352.5 p=0.013

Araştırmada, çocuk hemşirelerinin İT ile İD'ları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<.001) (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin İş Tanımları ile İş Doyumları Arasındaki İlişki

İş Tanımlaması	İş Doyumu		
	Genel	İçsel Doyum	Dışsal Doyum
Genel	r=.597**, p=.000	r=.569**, p=.000	r=.594**, p=.000
İşin Kendisi	r=.404**, p=.001	r=.407**, p=.001	r=.232, p=.075
Ücret	r=.157, p=.231	r=.120, p=.361	r=.297*, p=.021
Terfi	r=.466**, p=.000	r=.452**, p=.000	r=.393**, p=.002
Yönetim	r=.362**, p=.004	r=.331**, p=.010	r=.545**, p=.000
İş Arkadaşları	r=.277*, p=.032	r=.270*, p=.037	r=.173, p=.187

TARTIŞMA

Çocuk hemşirelerinin İT ve İD düzeylerinin değerlendirildiği, aralarındaki ilişkinin incelendiği ve etkileyen faktörlerin belirlendiği bu çalışmada, bulgular diğer hemşireler ve hekimler üzerinde yapılan benzer araştırma sonuçları ile tartışılmıştır.

Bu çalışmada, çocuk hemşirelerin İT toplam puan ortalamasının 53.55 ± 12.63 ve alt boyutlardan aldıkları puanlar; işin kendisi 20.36 ± 5.48 , ücret 3.60 ± 3.04 , terfi 4.60 ± 3.66 , yönetim 11.66 ± 6.06 , iş arkadaşları 13.3 ± 3.39 ; İD toplam puan ortalamasının 3.38 ± 0.71 ve alt boyutlardan aldıkları puanlar ise; içsel doyum 3.28 ± 0.82 , dışsal doyum 2.81 ± 0.85 olarak belirlenmiştir. Bu durum, genelde, İD düşüklüğünün daha fazla dışsal boyutlarda yoğunlaştığını ortaya koymaktadır. Terfi ve yükselme olanakları ile ücret pek çok çalışmada İD'nu en aşağı çeken boyut olarak dikkati çekmektedir (15,16). Amerikan Hemşireler Birliğinin (ANA) yaptığı çalışmada da hemşirelerin en düşük İD'na sahip oldukları alanın, ücret olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Aiken ve ark.'nın beş ülkede hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, hastanede çalışan hemşirelerin çalıştıkları işe ait memnuniyetsizlik düzeyinin; Amerika Birleşik Devletlerinde %41, İskoçya'da %38, İngiltere'de %36, Kanada'da %33 ve Almanya'da ise %17 olduğu bulunmuştur (17). Bu çalışmada, hastanede çalışan hemşirelerin %22'sinin gelecek bir yıl içerisinde işlerinden ayrılmayı planladıklarını saptamışlardır. Bu sonuçlar, hemşirelerin hastanede tutulmalarına ilişkin etkili önlemler alınmadığı takdirde, gelecek yıllarda hastaneler için özellikle hasta ve çalışan güvenliği açısından büyük bir problem olabileceğini düşündürmektedir.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda, hemşirelerin orta düzeyde bir İD’na sahip oldukları görülmüştür (12,14,16,18,19,20,21,22). Bu çalışmada da İD ölçeğinden alınan minimum ve maksimum puanlar incelendiğinde, çocuk hemşirelerinin İD puan ortalamalarının “orta düzey”de olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar, daha önceki araştırma bulguları ile uyumludur (12,14,16,18,19,20,21,22).

Hemşirelerin mesleki ve çocuk hemşireliği deneyimine göre İT terfi, yönetim ve genel İT alt boyutlarında, 5 yıl ve altı deneyimi olanların önemli düzeyde daha iyi oldukları saptanmıştır ($p<.05$, Tablo 2). Çalışma süresinin artmasıyla birlikte, beklentilerin karşılanmaması, düşük ücretle çalışma, gelişme ve terfi olanaklarının olmaması, çalışma koşullarının ağır olması, düzensiz çalışma saatleri, yönetim biçimi ve yöneticilerle ilişkilerdeki olumsuzluklar, iş tanımlama düzeyinin düşmesine neden olmuş olabilir. Kahraman ve arkadaşlarının çalışma sonuçları bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir (23).

Hemşirelerin çalışma şeklinin İT düzeylerini önemli düzeyde etkilediği, sürekli gündüz çalışanların puan ortalamalarının vardiyalı çalışanlardan önemli düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<.05$, Tablo 2). Dede ve Çınar hemşirelerin işlerinden daha fazla doyum almak ve işlerini daha fazla sevmek için çalışma saatlerinin azaltılması gerektiğini belirtmişlerdir (24). Ören’nin yapmış olduğu çalışmada, vardiyalı çalışan hemşirelerin %87.50’sinin çocuklarıyla ilgilenmeleri konusunda günlük çektikleri ve % 68.13’nin ruhsal sorunlar yaşadıkları, %50’sinin ise meslekten memnun olmadıkları belirlenmiştir (25). Sağlık çalışanlarına yönelik yapılmış bir başka çalışmada ise stres belirtileri yönünden hemşirelerin en sorunlu grup olduğu belirtilmiştir (26). Bu sonuçlar doğrultusunda, nöbet sayısının ve çalışma saatlerinin fazla olmasının hemşirelerin İT’ni olumsuz etkilediği ve çalışma şekillerinin İT’da etkili olduğu söylenebilir.

Araştırmada, çocuk hemşirelerinin cinsiyet ve medeni duruma göre İD arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar, daha önceki araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir (18). Hekimlerle yapılan bir çalışmada, cinsiyet ve medeni durumun İD’nu etkilemediği saptanmıştır (4,19). Ayrıca literatürde, cinsiyet ile İD arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. Erkek hekimlerin İD’larının kadınlara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (20,27).

Çocuk hemşireliğini isteyerek seçenlerde İD ve iki alt boyutu (içsel doyum ve dışsal doyum) düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 3). Pınar ve Arıkan’ın

hemşirelere yönelik yaptığı çalışmada da hemşirelik mesleğini kendi isteği ile seçenlerde içsel, dışsal ve genel İD düzeyi anlamlı derecede yüksektir (28). Mesleğini isteyerek seçenlerin İD'nun seçmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (23,29).

Çocuk hemşireliği deneyimine göre 5 yıl ve altı deneyimi olan hemşirelerin İD alt boyutundan içsel doyum puan ortalamalarının 6 yıl ve üzeri olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 3). Benzer bir çalışmada, hemşirelerin İD düzeyi çalışma yılı arttıkça ileri düzeyde anlamlı olarak düştüğü belirlenmiştir (23). Çalışanın algıladığı iş zorluğunun, çalışanın işine karşı gösterdiği genel bir tutum olarak tanımlanan İD üzerinde etkisinin olduğu belirtilmiştir (30). Türkiye'de hemşirelerin çalışma koşullarının istenilen düzeylerde bulunmadığı ve maruz kalınan olumsuz sonuçların çok sayıda olduğu görülmektedir (31,32). Çalışanların yüksek beklentilerinin ve enerjilerinin yıllarla birlikte azaldığı ve İD'nda olumsuz etki yaptığı söylenebilir. Zorlu çalışma koşulları nedeniyle, tükenmişliğin yoğun yaşandığı hemşirelerde de bu durumun oldukça etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmada, çocuk hemşirelerinin İT ile İD'ları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<.001$) (Tablo 4). Yüksek İT ve İD genellikle daha fazla verimlilik ve daha iyi çalışan performansı ile sonuçlanmaktadır (33). Aynı zamanda, iş doyumunu iş devamsızlık, işten ayrılma ve iş stresinin azaltılmasına yardımcıdır (34). İT ve İD'u yüksek olan bireylerin, daha uyumlu, daha üretken olması, sorumluluk duygusu içinde, mesleğin başarısına yüksek düzeyde katkı sağlaması beklen bir durumdur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuk hemşirelerinde, iş tanımlama ve iş doyumunun değerlendirildiği, aralarındaki ilişkinin incelendiği ve etkileyen faktörlerin belirlendiği araştırmada, 5 yıl ve altı deneyimi olan ve sürekli gündüz çalışanlarda, iş tanımlaması daha yüksek bulunmuştur. Çocuk hemşireliğini isteyerek seçenlerde, iş doyumunu önemli düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Hemşirelerin iş tanımlaması arttıkça iş doyumları da paralel olarak artmış ve aralarında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk hemşirelerinin iş tanımlama ve iş doyumunu arasında pozitif yönde ilişki olması, iş doyumunu arttırabilmek için iş motivasyonunun artırılmasını, çalışma saatlerinin motivasyonu arttırıcı şekilde düzenlenmesini ve terfi olanaklarının tarafsız sunulmasını gerektirmektedir.

Çocuk hemşirelerinin İT ve İD'larını arttırıcı düzenlemelerin, hemşirelerin mesleki ve

bireysel yaşamları ile birlikte, hasta bakım kalitesi ve memnuniyet üzerinde doğrudan olumlu etkiler yapabilir. Dolayısı ile hemşirelerin İT ve İD'ları ve onları kurumda tutmaya yönelik stratejiler geliştirme yönetici hemşirelerin üzerinde önemle durması gereken yönetsel konulardır.

KAYNAKLAR

1. Karadağ ve Ark. Hemşirelerin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri ile bunları etkileyen bazı değişkenlerin incelenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2002; 5(6): 8-15.
2. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2007; 29 (2):139-146. İçerisinde Duxbury ML, Armstrong GD, Drew DJ, Henly SJ. Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care unit. Nursing research 1984; 33:97-101.
3. Erdoğan İ. İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış, İ.Ü. İşletme Fakültesi, İşletme İktisadi Enstitüsü, Yayın No: 5, 1999, İstanbul.
4. Musal B, Elçi ÖÇ, Ergin S. Uzman hekimlerde mesleki doyum. Toplum ve Hekim 1995; 10:2-7.
5. Ergin C. Bir iş doyumunu ölçümü olarak iş betimlemesi ölçeği: Uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1997; 12(39):25-36.
6. Avşaroğlu S, Deniz EM, Kahraman A. Teknik öğretmenlerde yaşam doyumunu iş doyumunu mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2005;14:115-129.
7. Akgöz S, Özçakır A, Kan İ, Tombul K, Altınsoy Y, Sivrioğlu Y. Uludağ üniversitesi sağlık uygulama ve araştırma merkezi'nde çalışan hemşirelerin mesleki doyumları. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, 2005;13:86-96.
8. Yıldız N, Kanan N. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde iş doyumunu etkileyen faktörler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2005;9:1-13.
9. Farrell GA, Dares G. Nursing staff satisfaction on a mental health unit. Aust N Z J Ment Health Nurs 1999; 8:51-57.
10. Hurst KL, Croker PA, Bell SK. How about a lollipop? A peer recognition program. Nurs Manage 1994; 25:68-69.
11. Severinsson E, Hummelvoll JK. Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. Nurs Health Sci 2001;3:81-90.

12. Çam O, Akgün E, Gümüş BA, Bilge A, Keskin ÜG. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:213-220.
13. Rossberg IJ, Friis S. Patients' and staff's perceptions of the psychiatric ward environment. *Psychiatric Services* 2004;55 (7):798-803.
14. Golbasi Z, Kelleci M, Dogan, S. Relationships between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: cross-sectional questionnaire survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 2008;45:1800- 1806.
15. Kaya F, Ark., Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri ve İş Doyum Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı İzmir, 2005.
16. Pişkin A. Malatya Turgut Özal Tıp Merkezinde Çalışan Sağlık, İdari, Teknik ve Yardımcı Hizmetler Sınıfındaki Personelin İş Doyumu, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Metin Genç. Malatya-2001.
17. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse B, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty AM ve Shamian J. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 2001;20(3):43-53.
18. Vara Ş. Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Doyumu ve Genel Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Olcay Çam. İzmir-1999.
19. Yıldız N, Yolsal N, Ay P, Kıyan A. İstanbul Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimlerde iş doyumunu. *İst Tıp Fak Mecmuası* 2003; 66:34-41.
20. Hayran O, Aksayan S. Pratisyen hekimlerde iş doyumunu. *Toplum ve Hekim* 1991; 6:16-17.
21. Aydın R, Kutlu Y. Hemşirelerde iş doyumunu ve kişilerarası çatışma ile ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimi ile olan ilişkisinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001;5 (2):37-45.
22. Davis BA, Ward C, Woodall M, Shultz S, Davis H. Comparison of job satisfaction between experienced medicalsurgical nurses and experienced critical care nurses. *MEDSURG Nursing*, 2007;16(5):311-316.
23. Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş, Öztürk E. Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları

ve Etkileyen Faktörler. DEUHYO ED 2011;4(1):12-18.

24. Dede M, Çınar S. Dahiliye yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumlarının belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2008;1 (1), 3-14.
25. Ören S. Hemşirelerin Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Sorunları ve Mesleki Risklerin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Özcan Kaymak. Ankara-1994.
26. Şahin NH, Batıgün AD. Bir Özel Hastane Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres, Türk Psikoloji Dergisi, 1997;12(39):57-71.
27. Aslan H, Ünal M, Aslan O. Pratisyen hekimlerde tükenme düzeyleri. Düşünen Adam 1996; 9:48.
28. Pınar R, Arıkan S. Hemşirelerde iş doyumunu: Etkileyen faktörler, İş doyumunu ile benlik saygısı ve asersivite ilişkisi. Uluslararası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı. Damla matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 1998;159-170.
29. Keskin G, Yıldırım GÖ. Hemşirelerin kişisel değerlerinin ve iş doyumlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;22 (1):119-133.
30. Yüksel İ. İş Güçlüğü Boyutlarının Belirlenmesi ve Çok Boyutlu İstatistiksel Analizi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Mustafa Kurt. Ankara-1997.
31. Karaca A. İş Tatmini İle Hemşirelik Hizmetlerinin Yerine Getirilme Düzeyleri Arasındaki İlişki İle İlgili Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Mehmet Tikici. Malatya-1998.
32. Erşan S. Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri ve İş Doyum Düzeylerini Etkileyen Faktörler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Arzu Sezgin. Sivas-1996.
33. Silverthorne CP. Organizational Psychology in Cross-Cultural Perspective. New York, NY, USA, New York University Press, 2005.
34. Jegadeesan G. Job Satisfaction: A conceptual framework. The Icfai Journal of Organizational Behavior, 2007, 6(4):53-60, Erisim: <http://ssrn.com/abstract=1047401>).

PSİKİYATRİ HEMŞİRELERİNDE ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK DÜZEYİ VE İŞ YAŞAMI KALİTESİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA*

Sibel COŞKUN¹, Kader ŞARLAK², Humayun TAŞTAN³

ÖZET

Bu araştırmada, psikiyatri hastanesi ile genel hastane kliniklerinde çalışan hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve öğrenilmiş güçlülük düzeyi açısından karşılaştırılması, öğrenilmiş güçlülük düzeyi ile iş yaşamı kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve analitik nitelikte ki çalışmada; kamuya ait bir psikiyatri hastanesinin akut psikiyatri klinikleri ile bir devlet hastanesinin kliniklerinde çalışan toplam 180 hemşire örnekleme oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak; “Bilgi Formu” na ek olarak “Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)” ile “Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ)” kullanılmıştır. Araştırmada akut psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile genel kliniklerde çalışan hemşirelerin RÖGÖ ve ÇYKÖ puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılıklar ($p<0,01$) saptanmıştır. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde RÖGÖ düzeyi ve ÇYKÖ alt boyutlarından mesleki tatmin puanı daha yüksek, tükenmişlik ile eşduyum yorgunluğu puanları ise daha düşüktür. Ayrıca hemşirelerin öğrenilmiş güçlülük düzeyi ile eşduyum yorgunluğu ($r=-,45$, $p<0,01$) ve mesleki tükenmişlik ($r=,41$, $p<0,01$) alt boyutları arasında negatif yönde ilişki, mesleki tatmin ($r=,26$, $p<0,01$) alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Psikiyatri alanındaki bilgi ve çalışma deneyiminin bireysel baş etme becerileri kazanmada ve bu becerilerin iş yaşamı kalitesine aktarımında hemşirelere katkı sağladığı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Öğrenilmiş Güçlülük, Yaşam Kalitesi, Psikiyatri, Hemşire.

* Bu çalışma; 5-9 Ekim 2010 tarihinde İzmir’de düzenlenen 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi’nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

¹ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Yüksek Okulu, Yrd Doç Dr.

² Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Yüksek Okulu, Öğr Gör MSc.

³ Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları, Eğitim Araştırma Hastanesi, Hemşire.

İletişim / Corresponding Author: Sibel COŞKUN

Tel: 02522113233 **e-posta:** cosibel@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 12.12.2013

Kabul Tarihi / Accepted : 03.01.2015

**AN INVESTIGATION ON THE LEVEL OF LEARNED RESOURCEFULNESS
AND PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE OF PSYCHIATRIC NURSES: A
COMPARATIVE STUDY**

ABSTRACT

This study aims to compare professional quality of life and level of learned resourcefulness of the nurses working in psychiatry and other departments and investigates whether there was a significant correlation between their professional quality of life and learned resourcefulness. 180 nurses, working in a psychiatric hospital and public general hospital were determined as sample of this descriptive study. For data collection, The "Rossenbaum Learned Resourcefulness Scale (RLRS)", "Professional Quality of Life Scale (ProQOL R-IV) and "Information Form" are applied. A comparison between RLRS level, and the scores of ProQOL R-IV of the nurses demonstrated that there is a significant difference ($p<0,01$) between the two groups. It appears that RLRS level and job satisfaction subscale level were higher, whereas burnout and compassion fatigue subscale levels was lower in psychiatric nurses. Furthermore a negative correlation is obtained between nurses' RLRS and compassion fatigue ($r=-,45$, $p<0,01$) and burnout subscale scores ($r=-,41$, $p<0,01$) and positive correlation between nurses' RLRS and job satisfaction subscale ($r=,26$, $p<0,01$). The study argues that the experience in psychiatric knowledge and experience contributes to the nurses gaining individual coping skills and transference of those skills to raise their professional quality of life.

Keywords: Learned Resourcefulness, Quality of Life, Psychiatry, Nurse.

GİRİŞ

Sağlık çalışanları farklı sağlık sorunları yaşayan bireylere hizmet sunmaktadır ve yapılan pek çok çalışmada iş ortamındaki sorunların sağlık çalışanlarının beden ve ruh sağlığını olumsuz etkileyerek problemlere neden olduğu belirtilmektedir (1,2,3). Sağlık profesyonelleri arasında yer alan hemşirelik; mesleki bilgi, beceri yanı sıra ekip çalışması ve iletişim becerilerini de gerektiren zorlu bir meslektir ve hemşireler pek çok stresörle karşılaşmaktadır (4,5,6,7) Bu stresörler hemşirelerin iş doyumunu ve iş yaşamı kalitesini de olumsuz etkileyebilmekte, tükenme ve motivasyon eksikliği gibi sorunlara neden olmaktadır (1,2) Psikiyatrik ortamda çalışan hemşirelerin ise iletişim becerilerini daha fazla geliştirmeleri gerektiği (7), psikiyatrik bakımın nispeten daha zor olduğu, psikiyatrik çalışma alanının ortam ve hasta profili özellikleri açısından oldukça stresli ve riskli olduğu belirtilmektedir (8,9,10,11).

Hemşirelerin istendik koşullardaki bir ortamda işlerini sürdürebilmeleri, iş verimi ve hizmet kalitesini arttırmaktadır (12). İş yaşamı kalitesi ise; insanın yalnızca bedensel değil, zihinsel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini de dikkate alarak çalışma koşullarının iyileştirilmesi olarak belirtilmektedir. İş yaşamının kalitesini etkileyen belirleyiciler; yönetsel, işletimsel, çevresel ve çalışan kaynaklı olarak sınıflandırılmaktadır (13). Bir başkasının travmatik olayını dinleme/tanık olma durumunda gerçekleşen eşduyum süreci ise eşduyum/merhamet yorgunluğu olarak adlandırılmakta ve bazı mesleklerde çalışanların, ve özellikle sağlık personelinin ruhsal olarak etkilenebildiği belirtilmektedir (4,14).

İş yaşamı kalitesini etkileyen faktörlerden biri olan iş doyumunu; çalışanların işini ve iş ortamını değerlendirmesi yoluyla geliştirdiği duygusal bir tepki olarak tanımlanmaktadır (1). Çalışanların gereksinimleri karşılandığı sürece doyumlu ve üretken olduğu (1), iş doyumunu yüksek olan kişilerin iş motivasyonu ve hizmet kalitesinin yükseldiği, tükenmenin azaldığı belirtilmektedir (3,15). Hemşirelerde iş yaşamı kalitesini etkileyen bir diğer faktör de tükenmişliktir. İş yükü, vardiyalı çalışma, çalışma süresi, maaş azlığı, mesleğin yeterli statü ve saygınlık sağlamaması, işin çok yönlülüğü ve zorluğu, zaman baskısı ve sınırlamalar hemşirelerde tükenmişliğe neden olan iş ile ilgili etmenler olarak belirtilmektedir (2,3,13,15,16). Tükenme ve iş doyumunu açısından önemli bir kavram olan motivasyon ise; bir veya birden fazla insanı, belirli bir amaca doğru devamlı bir şekilde harekete geçirmek için yapılan çabaların toplamını ifade eder (6).

Tükenmenin önlenmesi, iş doyumu ve motivasyonun artırılmasında hemşirelerin bireysel baş etme ve sorun çözme becerilerini kazanmaları önemlidir. Öğrenilmiş güçlülük kavramı; stresli yaşam olayları ve sorunlarla başa çıkmada bireye yardımcı olan belirli tutumları içeren kişisel özelliklerden biri olarak tanımlanmaktadır. Bireyin stresle başa çıkması ve içsel tepkilerini kontrol etmesi geçmiş yaşantıları, deneyimleri ve öğrendikleri ile ilişkilendirilmektedir (17,18,19,20,21). Vealadee ise zorluklarla karşılaşan ve zorlu koşullarda çalışanlarda stresle başa çıkma ve problem çözme becerilerinin arttığı, kişinin daha da güçlendiğini belirtmektedir (22). Öğrenilmiş güçlülük teorisine göre; güçlülük düzeyi yüksek olan bireyler azimli ve hedefe yöneliktir, stresle daha başa çıkma ve problem çözmede daha başarılıdır, negatif duygularını kontrol etmede ve pozitif düşünmede daha iyidirler, kendi eylemlerinin sonuçlarını kabullenirler ve dolayısı ile iş ortamından kaynaklanan olumsuzluklardan daha az etkilenirler (17,18,19,20,23). Ayrıca öğrenilmiş güçlülük düzeyi ile tükenme düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğu, stres ve sorunlarla başa çıkabilmede başarılı olanlarda tükenmenin daha az olacağı belirtilmektedir (24).

Psikiyatri hemşireliğinde ise; duygu, düşünce ve davranışların farkında olma, terapötik iletişim, analitik düşünme ve sorun çözme becerilerine sahip olma, yeni durumlara yeni tutumlar geliştirebilme vb gibi mesleki beceriler gerekir. Psikiyatri hastalarının gereksinim ve beklentileri doğrultusunda hemşirenin daha çok verici olduğu ve duygusal yüklenmenin fazlalığı, karşılığında hastalardan alınan takdir ve olumlu geri bildirimlerin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Psikiyatride çalışan hemşirelerde; çalışma koşullarının zorlu olduğu belirtilmekte, ortamın fiziksel özellikleri, hasta sayısı fazlalığı ve hastaların şiddet eğilimi nedeniyle tükenmişliğin daha fazla görüldüğüne değinen çalışmaların yanı sıra, psikiyatri alanında çalışanlarda stres ve tükenmenin daha az, iş doyumunun daha fazla olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır. Psikiyatri hemşireliği alanındaki uzmanlık eğitimi, deneyim ve hizmet içi eğitim programları ile süpervizyon uygulamalarının psikiyatri hemşirelerinin hizmet kalitesini, iş doyumunu ve başa çıkma becerilerini arttırmada etkili olduğuna dair veriler de bulunmaktadır (7,8,16,25,26,27,28).

Literatür doğrultusunda özetleyecek olursak; psikiyatrik tedavi ortamlarının zorlu koşullara sahip olduğu, iş ortamı kaynaklı zorlukların ve stresle başa çıkma deneyimlerinin öğrenilmiş güçlülük düzeyini arttırabildiği, öğrenilmiş güçlülük düzeyi arttığında bireyin iş kaynaklı olumsuzluklardan daha az etkileneceği, dolayısı ile bireylerde tükenmenin daha az, iş doyumu ve yaşam kalitesinin ise daha yüksek olmasının beklenebileceği söylenebilir.

Psikiyatride çalışan hemşirelerde öğrenilmiş güçlülük düzeyinin yüksek olacağı ve öğrenilmiş güçlülük düzeyi ile iş yaşamı kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olabileceği hipotezinden yola çıkılarak gerçekleştirilen bu araştırmada; psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile genel hastane kliniklerinde çalışanların öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ve iş yaşamı kalitesi açısından karşılaştırılması ve öğrenilmiş güçlülük düzeyi ile iş yaşamı kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve analitik nitelikteki bu karşılaştırmalı çalışma, gerekli kurumsal izinler alınarak 2009 yılı Mayıs ayında, İstanbul’da gerçekleştirilmiştir. Kamuya ait bir psikiyatri özel dal hastanesinin akut psikiyatri kliniklerinde çalışan 125 hemşireden araştırmaya katılmayı kabul eden 90 hemşire örnekleme alınmış, ayrıca bir devlet hastanesinde (cerrahi, dahiliye ve kadın doğum servisi, poliklinik, yoğun bakım ünitesi, acil, hemodiyaliz gibi genel hastane klinikleri) çalışan hemşirelerden aynı sayıda hemşireye veri toplama araçları uygulanmış ve toplamda 180 hemşire örnekleme oluşturmuştur. Örnekleme psikiyatri ve genel hastane kliniklerinde çalışan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinde homojenliğin sağlanması yönünde bir girişimde bulunulmamış, ayrıca herhangi bir dışlama kriteri kullanılmamıştır. Araştırmada verilerin toplanmasında öz bildirim niteliğinde olan “Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği”, “Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır. Veriler bilgisayar ortamında, yüzdelik hesaplamaları ile t-testi ve varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

I. Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ): Rosenbaum (1980) tarafından geliştirilmiş, Siva ve Dağ (1991) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. 36 maddeden oluşmaktadır ve 5’li likert tipindedir. Maddelere verilen yanıtlara ilişkin seçenekler 1=Hiç tanımlamıyor, 2=Biraz tanımlıyor, 3=Oldukça iyi tanımlıyor, 4=İyi tanımlıyor ve 5=Çok iyi tanımlıyor şeklinde düzenlenmiştir. Ölçekte; 4,6,8,9,14,16,18,19,21,29,35 nolu maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten 36-180 arası bir puan alınmaktadır. Yükselen puanlar, kendini denetleme ve baş etme becerilerinin yüksekliğine işaret etmektedir. Test, tekrar test güvenilirliği çalışmaları kapsamında, ölçeğin güvenilirlik değerinin ise .77 ile .86 arasında değiştiği belirtilmiştir (17,19,20).

II. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ): Araştırmada Stamm (2005) tarafından geliştirilen ve Yeşil (2007) tarafından Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılan, 30 madde ve üç alt boyuttan oluşan 6'lı likert tipi ÇYKÖ kullanılmıştır. Maddeler verilen yanıtlara ilişkin seçenekler 0= Hiçbir zaman 1=Nadiren, 2=Bazı zamanlar, 3= Sıkça 4= Sık sık 5=Çok sık şeklinde düzenlenmiştir. Ölçeğin puanlamasında 1,4,15,17 ve 29. maddeler ters çevrilmiştir. Ölçeğin puanlamasında 1,4,15,17 ve 29. maddeler ise ters çevrilerek puanlanmaktadır. “Mesleki tatmin” alt boyutuna ait sorular [3,6,12,16,18,20,22,24,27,30] çalışanın kendi mesleği veya işiyle ilgili bir alanda yardıma ihtiyacı olan bir başka kişiye yardım etmesi sonucunda duyduğu tatmin/doyum ve memnuniyet duygusunu ifade eder. “Tükenmişlik” alt boyutuna ait sorular [1,4,8,10,15,17,19,21,26,29], umutsuzluk, iş yaşamında oluşan sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik duygusunu ölçer. Üçüncü alt boyut olan “eşduyum/merhamet yorgunluğu” (compassion fatigue) ait sorular ise [2,5,7,9,11,13,14,23,26,29] stres verici olaylarla/olgularla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçmekte ve yüksek puan alanlara destek/yardım alması önerilmektedir. Ölçeğin güvenirlik değeri .80 olarak belirlenmiştir (4,14).

BULGULAR:

Örneklemeye katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %77,8'i kadın, %61,1'i bekar ve %54,4'ünün çocuğu bulunmamaktadır. Hemşirelerin %38,4'ü ön lisans, %37,7'si lisans/lisansüstü mezundur (Tablo 1).

Hemşirelerin çalışma koşulları ile ilişkili özellikler incelendiğinde ise; hemşirelerin %72,2'sinin hem gece hem gündüz çalıştığı, %38,9'u fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiş, fiziksel şiddete maruz kalanların %85,7'sini psikiyatride çalışan hemşirelerin oluşturduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %38,2'si güvenlik tedbirlerini yeterli bulmamakta, %27,2'si çalışma koşullarından, %25,6'sı hastane yönetiminden, memnun olduğunu, %25,6'sı mesleğini ve çalıştığı servisi değiştirmek istediğini belirtmiştir (Tablo 2). Fiziksel şiddete maruz kalma durumu ve kurumsal yönetimden memnuniyet durumu iki grup arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Tablo 1. Çalışılan Bölüme Göre Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=180)

	Psikiyatri		Genel Hastane		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kadın	54	60,0	85	94,4	140	77,8
Erkek	36	40,0	5	5,6	40	22,2
Medeni Durum						
Bekar	23	25,6	39	43,3	62	34,4
Evli	67	74,4	51	56,7	118	65,6
Mesleki Eğitim						
Sağlık Meslek L.	36	40,0	7	7,8	43	23,9
Ön Lisans	30	33,3	39	43,3	69	38,4
Lisans ve üzeri	24	26,7	44	48,9	68	37,7
Çocuk Sayısı						
Yok	42	46,7	49	54,4	88	48,8
1 Çocuk	30	33,3	31	34,4	61	33,9
2 Çocuk ve üzeri	18	20,0	13	11,2	31	17,3
Toplam	90	100	90	100	180	100

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre RÖGÖ puanları karşılaştırıldığında; psikiyatri kliniklerinde çalışanlarda $\bar{X}=121,05(Ss=14,47)$, genel hastane kliniklerinde çalışanlarda $\bar{X}=106,47(Ss=16,09)$ puan saptanmıştır ve gruplar arasında ki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). ÇYKÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında ise; psikiyatride çalışanlarda “eşduyum yorgunluğu” puan ortalaması 12,45($Ss=7,92$), “mesleki tatmin” puan ortalaması 31,73($Ss=8,47$) ve tükenmişlik puan ortalaması 16,61($Ss=6,18$) olarak saptanmıştır. Genel hastane kliniklerinde çalışan hemşirelerde ise eşduyum yorgunluğu puan ortalaması 35,48($Ss=6,47$), mesleki tatmin puan ortalaması 19,21($Ss=8,45$) ve tükenmişlik puan ortalaması 24,54($Ss=5,88$) olarak belirlenmiştir ve iki grup arasında tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$), (Tablo3). Ayrıca hemşirelerin RÖGÖ puanı ile ÇYKÖ’nin eşduyum yorgunluğu ($r=-,45$, $p<0,01$) ve mesleki tükenmişlik

($r=,41$, $p<0,01$) alt boyutları arasında negatif yönde ilişki, mesleki tatmin ($r=26$, $p<0,01$) alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 2. Çalışılan Bölüme Göre Hemşirelerin Çalışma Koşullarına İlişkin Özellik ve Görüşlerinin Dağılımı (n=180)

	Psikiyatri		Genel Hastane		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çalışma Şekli						
Gündüz	10	11,1	19	21,1	36	20,0
Gece	17	18,9	4	4,4	14	7,8
Gece+Gündüz	63	70,0	67	74,5	130	72,2
İş Ortamında Fiziksel Şiddete Maruz Kalma						
Evet	60	66,7	10	9,0	70	38,9
Hayır	30	33,3	90	81,0	110	61,1
Ortam Güvenliğinin Yeterliliği						
Evet	12	13,3	28	31,1	40	22,3
Hayır	40	44,5	29	32,2	69	38,2
Kısmen	38	42,2	33	36,7	71	39,5
Çalışma Koşullarından Memnuniyet						
Evet	18	20,0	28	31,1	49	27,2
Hayır	32	35,6	29	32,2	47	26,1
Kısmen	40	44,4	33	36,7	84	46,7
Kurumsal Yönetimden Memnuniyet						
Evet	31	34,4	15	16,7	46	25,6
Hayır	15	16,7	18	20,0	33	18,3
Kısmen	44	48,9	57	63,3	101	56,1
Mesleği Değiştirme Düşüncesi						
Evet	24	26,7	29	32,2	20	25,6
Hayır	48	53,3	47	52,2	111	18,3
Kısmen	18	20,0	14	15,6	49	56,1
Çalıştığı Birimi Değiştirme Düşüncesi						
Evet	10	11,1	10	11,1	20	25,6
Hayır	57	63,3	54	60,0	111	18,3
Kısmen	23	25,6	26	28,9	49	56,1

Tablo 3. Çalışılan Bölüme Göre Hemşirelerin RÖGÖ ve ÇYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180)

ÖLÇEKLER	Çalışılan Bölüm	$\bar{X} \pm Ss$	t	p
RÖGÖ	Psikiyatri	121,05±14,47	6,40	0,000
	Genel Hastane	106,47±16,09		
	Toplam	113,76±16,88		
ÇYKÖ				
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	Psikiyatri	12,45±7,92	-20,96	0,000
	Genel Hastane	35,48±6,47		
	Toplam	23,97±13,68		
<i>Mesleki Tatmin</i>	Psikiyatri	31,73±8,47	9,92	0,000
	Genel Hastane	19,21±8,45		
	Toplam	25,47±10,52		
<i>Tükenmişlik</i>	Psikiyatri	16,61±6,18	-8,81	0,000
	Genel Hastane	24,54±5,88		
	Toplam	20,57±7,21		

Hemşirelerin cinsiyete göre RÖGÖ puanları karşılaştırıldığında kadınlarda $\bar{X}=111,05(Ss=16,06)$, erkeklerde $\bar{X}= 122,45(Ss=16,11)$ puan saptanmıştır ve gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). ÇYKÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında ise; kadınlarda eşduyum yorgunluğu puanı $\bar{X}=27,22(Ss=12,69)$, mesleki tatmin puanı $\bar{X}=23,15(Ss=9,38)$ ve tükenmişlik puanı $\bar{X}= 22,02(Ss=6,29)$ iken erkek hemşirelerde eşduyum yorgunluğu puanı $\bar{X}= 12,37(Ss=10,51)$, mesleki tatmin puanı ortalama $33,27(Ss=10,60)$ ve tükenmişlik puanı $\bar{X}= 15,40(Ss=6,29)$ olarak belirlenmiştir ve iki grup arasında tüm ÇYKÖ alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$), (Tablo4).

Tablo 4. Hemşirelerde Cinsiyete göre RÖGÖ ve ÇYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180)

ÖLÇEKLER	Cinsiyet	$\bar{X} \pm Ss$	t	p
ROGO	Kadın	111,55±16,06	-3,771	0,000
	Erkek	122,45±16,11		
ÇYKÖ				
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	Kadın	27,22±12,69	7,494	0,000
	Erkek	12,37±10,51		
<i>Mesleki Tatmin</i>	Kadın	23,15±9,38	-5,449	0,000
	Erkek	33,27±10,60		
<i>Tükenmişlik</i>	Kadın	22,02±6,79	5,758	0,000
	Erkek	15,40±6,29		

Hemşirelerin mesleki eğitim durumuna göre RÖGÖ puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). Sağlık Meslek Lisesi (SML) mezunlarında ölçek puanı daha yüksek olarak saptanmıştır. Eğitim durumuna göre ÇYKÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında ise, tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlılık bulunmaktadır ($p<0,01$). SML mezunlarında eşduyum yorgunluğu ve tükenme puanı daha düşük, mesleki tatmin puanı daha yüksektir (Tablo5).

Hemşirelerin fiziksel şiddete maruz kalma durumlarına göre RÖGÖ puanları karşılaştırıldığında, şiddete maruz kalanlarda ölçek puan ortalaması 119,55($Ss=14,75$), şiddete maruz kalmayanlarda ölçek puan ortalaması 110,37($Ss=17,20$) olarak saptanmıştır ve gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). ÇYKÖ alt ölçek puanları karşılaştırıldığında ise, şiddete maruz kalanlarda mesleki tatmin puanı daha yüksek iken eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik alt boyut puanları daha düşüktür ve tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$).

Tablo 5. Hemşirelerin Mesleki Eğitim Düzeyine Göre RÖGÖ ve ÇYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180)

ÖLÇEKLER	Mesleki Eğitim	$\bar{X} \pm Ss$	F	p
RÖGÖ	Sağlık Meslek Lisesi	119,34±14,29	4,06	0,019
	On Lisans	110,15±17,95		
	Lisans ve Üzeri	113,89±16,52		
ÇYKÖ				
Eşduyum	Sağlık Meslek Lisesi	14,06±11,61	17,59	0,000
	On Lisans	27,47±12,44		
	Lisans ve Üzeri	26,67±13,26		
Yorgunluğu	Sağlık Meslek Lisesi	30,58±10,00	7,44	0,001
	On Lisans	24,53±10,23		
	Lisans ve Üzeri	23,19±10,21		
Mesleki Tatmin	Sağlık Meslek Lisesi	16,13±6,54	12,06	0,000
	On Lisans	22,14±6,73		
	Lisans ve Üzeri	21,79±6,79		

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu kadın ve evlidir, psikiyatri kliniklerinde çalışanlarda erkek hemşirelerin sayısı, genel hastane kliniklerinde çalışanlarda ise bekar olanların sayısı daha fazladır. Literatür incelendiğinde, benzer bulguların yanı sıra farklı bulguların yer aldığı araştırmalara rastlanmakta, örnekleme göre hemşirelerin sosyodemografik özellikleri değişkenlik gösterebilmektedir (29,30,31,32).

Hemşirelerin çalışma koşullarına ilişkin bazı özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin çoğu hem gündüz çalışmakta hem de nöbet tutmaktadır. Psikiyatri kliniklerinde çalışanlarda çalışma koşullarından memnun olanların oranı daha düşük iken, kurum yönetiminden memnun olanların ve fiziksel şiddete maruz kalanların oranı daha fazladır. Her iki grupta da mesleğini ve çalıştığı servisi değiştirmek isteyenlerin oranı oldukça düşük bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda da hemşirelerin çalışma koşullarına ilişkin özelliklerin ve memnuniyet durumlarının kurumlara göre farklılık gösterebildiği görülmekte, psikiyatri kliniklerinde şiddete maruz kalma oranının nispeten yüksek oluşu dikkati çekmektedir (5,17,33).

Hemşirelerin RÖGÖ ve ÇYKÖ puanları karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı farklılıklar saptanmış olup, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin öğrenilmiş güçlülük düzeyi ve ÇYKÖ alt boyutlarından mesleki tatmin düzeyi daha yüksek iken, eşduyum yorgunluğu ve tükenme düzeyleri daha düşüktür. Psikiyatride çalışan hemşirelerde çalışma koşullarından memnuniyet oranı daha düşük olmasına ve riskli çalışma ortamlarına rağmen iş yaşamı kalitesinin daha iyi olduğu, öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin ise daha yüksek olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde hemşirelerde öğrenilmiş güçlülük düzeyine ilişkin çalışmalar az sayıda olsa da sonuçlarımız ile uyumludur. Uğurlu'nun çalışmasında RÖGÖ puanı $\bar{X}=113,4(Ss=15,43)$ olup en yüksek puan ortalamaları psikiyatri ve yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere aittir (34). Örnekleme, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerden oluşan Yıldırım'ın çalışmasında; RÖGÖ puanı $\bar{X}=122,97(Ss=16,91)$ olarak belirlenmiş, çalışılan kliniğe göre anlamlı farklılık bulunmamış, en yüksek puan ise acil ve yönetim birimlerinde çalışanlarda saptanmıştır (30).

Hemşirelerde iş yaşamı kalitesi, iş doyum ve tükenme düzeylerini araştıran çalışmalarda; Vealadee, zorlu ve riskli ortamlarda çalışanların güçlendiğini ve uyum becerilerinin ve yaşam kalitelerinin arttığını ifade etmektedir (24). Yeşil ve ark, tarafından yapılan ÇYKÖ kullanılarak doktor ve hemşirelerin örnekleme oluşturduğu çalışmada; mesleki tatmin puanı $\bar{X}=35,21(Ss=8,08)$, tükenme puanı $\bar{X}=25,72(Ss=5,80)$, eşduyum yorgunluğu puanı ise $\bar{X}=14,63(Ss=7,23)$ olarak saptanmıştır (4) ve bu çalışmaya kıyasla bizim çalışmamızda örneklemin mesleki tatmin ve tükenme puanları daha düşük, eşduyum puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde farklı sonuçlar elde edilen çalışmalar bulunmaktadır. Chiu ve ark, tarafından yapılan çalışmada ise koğu ortamında, acil ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde genel yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (35). Happell'in çalışmasında riskli çalışma koşullarına sahip olduğu belirtilen adli psikiyatri hemşirelerinde tükenme puanı daha düşük, iş doyum puanı daha yüksek olarak belirlenmiştir (16).

Araştırmamızda hemşirelerin öğrenilmiş güçlülük düzeyi ile ÇYKÖ eşduyum yorgunluğu ($r=-,45, p<0,01$) ve mesleki tükenmişlik ($r=,41, p<0,01$) alt boyutları arasında negatif yönde ilişki, mesleki tatmin ($r=26, p<0,01$) alt boyutu arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Healy tarafından yapılan çalışmada stres ile iş tatmini arasında negatif, stres ve duygusal sorunlar arasında pozitif ilişki saptanmıştır (36). Lautizi çalışmasında hemşirelerin güçlenmesinin performans, iş doyum ve bakım kalitesinde artışa neden olduğunu belirtmiştir (37). Wu'nun çalışmasında ise iş stresi ve başa çıkma kaynakları

yetersiz olan hemşirelerin sağlık problemleri açısından risk altında olduğunu ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini belirtilmektedir (38). Sonuçlar literatür doğrultusunda değerlendirildiğinde, öğrenilmiş güçlülük düzeyinin yüksek oluşunun hemşirelik mesleğinin zorlukları ile başa çıkmada ve iş yaşamı kalitesini arttırmada rolü olabileceği söylenebilir, Fakat bu konuda daha kapsamlı çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; erkeklerde ve lise düzeyinde eğitim alanlarda RÖGÖ puanı ve iş yaşamı kalitesi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Psikiyatride çalışanlarda erkek ve SML mezunu olanlar sayısal olarak fazladır fakat, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölçek puanlarının daha yüksek olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır. Literatür incelendiğinde; Kaya'nın çalışmasında kadın hemşirelerde ve lisansüstü eğitim görenlerde tükenmenin daha yüksek olduğu, çalışma yılı ve deneyim arttıkça tükenmenin azaldığı belirtilmektedir (2). Saygılı'nın çalışmasında lise mezunu hemşirelerin iş ortamına ilişkin daha olumlu düşündüğü ve iş doyumlarının arttığı, eğitim düzeyi arttıkça artan beklentilerin mevcut koşullara uyumu ve iş doyumunu olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (3). Derin tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi arttıkça iş doyumunun da arttığı (31). Aktaş'ın çalışmasında lise mezunu hemşirelerin stres düzeyinin anlamlı düzeyde düşük olduğu (5), Yıldırım'ın çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeylerinin RÖGÖ puanlarında anlamlı bir farklılık yaratmadığı (30), Keskin'in çalışmasında ise erkeklerde iş doyumunun daha yüksek olduğu belirtilmektedir (29). Hemşirelere ait bazı sosyodemografik özelliklere göre öğrenilmiş güçlülük düzeyi ve iş yaşamı kalitesinin farklılık gösterebilmesi beklenen bir bulgu olup, literatürde de farklı örneklerde farklı sonuçlar saptandığı görülmektedir.

Bulgular incelendiğinde, psikiyatri kliniklerinde çalışanlarda fiziksel şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olması dikkati çekmektedir. Ülkemizde psikiyatri klinikleri genelde; kalabalık, stresli ve hastalar kadar çalışanlar için de sınırlandırıcı ortamlardır, psikiyatrik hastalarda agresif davranışlar görülebilmekte, sağlık çalışanları şiddete maruz kalabilmektedir (10,11,16,27,39), En çok şiddete maruz kalma oranı ise acil ve psikiyatri birimlerinde çalışan hemşirelere aittir (40). Çalışmamızda ayrıca fiziksel şiddete maruz kalanlarda RÖGÖ puanı ile ÇYKÖ düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Şiddete maruz kalma oranının yüksek oluşuna rağmen, psikiyatrik ortamda çalışma deneyiminin ve hizmet içi eğitim programlarının psikiyatride çalışan hemşirelerin güçlenmesinde ve baş etme becerilerini gelişmesinde etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada; bağımlı

değişkenler ile bağımsız değişkenler karşılaştırıldığında bazı anlamlı farklılıklar saptanmış olsa da sonuçları genellemek doğru olmayacaktır. Daha geniş bir örnekleme ve daha kapsamlı çalışmalar yapılarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak; fiziksel şiddete maruz kalma oranının daha yüksek, çalışma koşullarından memnun olanların oranının ise kısmen daha düşük olmasına rağmen psikiyatride çalışanlarda öğrenilmiş güçlülük ve iş yaşamı kalitesi düzeyi genel hastane kliniklerinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Öğrenilmiş güçlülük düzeyi ise iş yaşamı kalitesini olumlu etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmiştir, Zorlu koşullardaki çalışma deneyiminin psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin güçlenmesinde rolü olabileceği düşünülmektedir ve bu noktada ünlü düşünür Nietzsche'nin "*seni öldürmeyen şey güçlü kılar*" sözü akla gelmektedir. Hemşireler zorlu çalışma koşullarında baş etme becerilerini daha fazla geliştiriyor olabilir fakat tüm insanların, sağlıklı, güvenli, eşitlikçi çalışma koşullarında çalışmaya hakkı olduğu dikkate alınmalıdır. Her ne kadar dile getirilmiyor olsa da; çalışma ortamı/koşulları kaynaklı zorluk ve sorun yaşayan hemşirelere ve ekiplere yönelik danışmanlık/süpervizyon hizmeti sunulması yönünde bir gereksinim olduğu düşünülmektedir. Bu konuda; ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlaşmış hemşirelere ise önemli görevler düşmektedir. Çalışmada örneklem sayısının nispeten az olması ve gruplardaki hemşirelerin sosyodemografik özellikler açısından homojen olmaması çalışma için sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Daha büyük örneklemlerde, hemşirelerin stresle baş etme ve sorun çözme beceri düzeylerini de inceleyen, daha kapsamlı ve randomize kontrollü çalışmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Polat N. Yüksek Lisans Tezi; "Hemşirelerde İşe Bağlı Stres ve İş Doyumu: Bir Eğitim Hastanesinde Saha Çalışması" Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Şahin Kavuncubaşı, Ankara-2008.
2. Kaya N, Kaya H, Ayık SE, Uygur E. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010; 7 (1): 401-418.
3. Saygılı M. Yüksek Lisans Tezi; "Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları İle İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" Hacettepe

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Yusuf Çelik, Ankara-2008,

4. Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47 (2): 111-117.
5. Akbaş G. Yüksek Lisans Tezi; “Servis Hemşirelerinin Stres ve Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesi” Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu, İstanbul-2007.
6. Demirkan E. Yüksek Lisans Tezi; “Hemşirelerde Mesleki Motivasyon Eksikliğinin Nedenleri ve Sonuçları Üzerine Sosyolojik Bir Çözümleme” Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Yasin Aktay, Konya-2007.
7. Aydın H. Yüksek Lisans Tezi; “Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ve Stresle Baş Etme Durumları” Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu, İstanbul-2007.
8. Muscroft C, Hicks C. A Comparison of Psychiatric Nurses’ and General Nurses’ Reported Stress and Counselling Needs: A Case Study Approach. Journal of Advanced Nursing 1998; 27: 1327-1325.
9. Matos PS, Neushotz LA, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick J. An Exploratory Study of Resilience and Job Satisfaction Among Psychiatric Nurses Working in Inpatient Units. International Journal of Mental Health Nursing 2010; 19: 307-312.
10. Coşkun S, Tuna Öztürk A. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3 (3): 16-23.
11. Hueske C. Thesis of Doctorate “Perceptions Of Aggressive Behaviors In Mental Health Clients” The University of Texas Medical Branch, Philosophy Department, Texas-2008.
12. Çetin G. Yüksek Lisans Tezi; “Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Olumlu İş Ortamına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi” Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD, Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Aytolan Yıldırım, İstanbul-2008.
13. Uğur E. Yüksek Lisans Tezi; “Hemşirelerin İş Yaşamının Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri” Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı, Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Süheyla Abaan, Ankara-2005.

14. Sabo BM. Compassion fatigue and nursing work: Can We Accurately Capture the Consequences of Caring Work? *International Journal of Nursing Practice* 2006; 12: 136–142.
15. Taze S. Yüksek Lisans Tezi; “Acil Servis ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi” Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu, İstanbul-2008.
16. Happell B, Marti T, Pinikahana J. Burnout and Job Satisfaction: A Comparative Study of Psychiatric Nurses From Forensic and a Mainstream Mental Health Service. *International Journal of Mental Health Nursing* 2003; 12: 39–47.
17. Aslan H. Yüksek Lisans Tezi; “Ortaöğretim Kurumlarında Görev Yapan Öğretmenlerin Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri ve Cinsiyetlerine Göre Mizah Tarzlarının İncelenmesi” Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. A, Rezan Çeçen, Adana-2006.
18. Dönmez B, Genç G. Genel Liselerdeki Okul Yöneticisi ve Öğretmenlerin Öğrenilmiş Güçlülük Düzeylerine İlişkin Algıları. *Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006; 7 (12): 41-60.
19. Çakır Ö. Öğrenilmiş Güçlülük ve Çalışma Yaşamı, Çalışma Yaşamında Davranış. Ed: A, Keser, G, Yılmaz, S, Yürür, Umuttepe Yayınları, İzmit, 2009.
20. Dağ İ. Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği’nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2 (4): 269-274.
21. Rosenbaum M, Jaffe Y. Learned Helplessness: The Role of Individual Differences in Learned Resourcefulness. *British Journal of Social Psychology* 1983; 22 (3): 215-225.
22. Vealadee U. Thesis of Doctorate “The Effect of Learned Resourcefulness on Cognitions, Emotions, And Personal Care” Case Western Reserve University, US-2006.
23. Yürür Ş, Keser A. Öğrenilmiş Güçlülük: Öğretmenler Üzerinde Bir Uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi* 2010; 1: 59-70.
24. Maraşlı M. Bazı Özelliklerine ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeylerine Göre Lise Öğretmenlerinin Tükenmişlik Düzeyi. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* 2005; Temmuz-Ağustos-Eylül: 27-33.

25. Çam O. Ruh Sağlığı Alanında Çalışanlarda Tükenmişlik Sürecinin İrdelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1998; 14 (3): 283-290.
26. Çam O, Engin E, Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerde Farkındalık Eğitiminin Bireysel Performans Standartlarına Etkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 82-91,
27. Tanıkyan A. Yüksek Lisans Tezi; “Ruh Sağlığı Alanında Hizmet Verenlerin Çalışma Ortamlarındaki Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından incelenmesi” Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Semai Tuzcuoğlu, İstanbul-2008.
28. Engin E. Doktora Tezi; “Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Öfke Düzeyleri ile İş Motivasyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği AD, Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Olcay Cam, İzmir-2004.
29. Keskin G, Yıldırım GÖ, Hemşirelerin Kişisel Değerlerinin ve İş Doyumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006; 22 (1): 119-206,
30. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Hemşirelerin Stresle Başa Çıkmada Bilişsel Stratejileri Kullanma Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10 (4): 21-29.
31. Derin N. Yüksek Lisans Tezi; “Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler” Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Gülşen Terakye, Eskişehir-2007.
32. Leung SK, Spurgeon PC, Cheung HK. Job Satisfaction and Stress Among Ward Based and Community-Based Psychiatric Nurses. Hong Kong Journal Psychiatry 2007; 17: 45-54.
33. Uygun E. Yüksek Lisans Tezi; “Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelerin Empati Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği AD, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu, İstanbul-2006.
34. Uğurlu N. Doktora Tezi; “Hemşirelerde Kontrol Odağı İnancı ile Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Psikolojik Belirti Gösterme Durumları Arasındaki İlişkiler” Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Mine Ekinci, Erzurum-2002.

35. Chiu MC, Wang MJ, Lu CW, Pan SM, Kumashiro M, Ilmarinen J. Evaluating Work Ability and Quality of Life for Clinical Nurses in Taiwan. *Nursing Outlook* 2007; 55 (6): 318-326.
36. Healy CM, McKay MF. Nursing stress: The Effects of Coping Strategies and Job Satisfaction in a Sample of Australian Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31 (3): 681-688.
37. Lautizi M, Laschinger HKS, Ravazzolo S, Workplace Empowerment, Job Satisfaction and Job Stress Among Italian Mental Health Nurses: An exploratory study, *Journal of Nursing Management* 2009; 17: 446-452.
38. Wu SY, Li HY, Wang XR, Yang SJ, Qui H. A Comparison of the Effect of Work Stress on Burnout and Quality of Life Between Female Nurses and Female Doctors. *Archives of Environmental & Occupational Health* 2011; 66 (4): 193-200.
39. Bilgin H, Keser Özcan N. Psikiyatri Servislerinde Agresyon. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012; 3 (1): 42-47.
40. Günaydın N, Kutlu Y. Experience of Workplace Violence Among Nurses in Health-Care Settings. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012; 3 (1): 1-5.

ENGELLİ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERDE EVLİLİK UYUMU VE YAŞAM DOYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ*

Zuhal ENDE İNCE¹, Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ²

ÖZET

Araştırma, engelli çocuğu olan ebeveynlerde evlilik uyumunu ve yaşam doyumunu değerlendirmek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı olan araştırma, Ağustos-Aralık 2013 tarihleri arasında, Malatya’da bir özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, engelli çocukların ebeveynleri oluşturmuş, basit rasgele örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 123 ebeveyn ile çalışılmıştır. Verilerin toplanmasında, ebeveynlerin özelliklerini belirleyen bir soru formu, Evlilik Uyumu ve Yaşam Doyumu Ölçekleri kullanılmıştır. Elde edilen veriler, yüzdelik dağılımlar, ortalama, varyans analizi ve t testi ile analiz edilmiştir. Araştırmada etik ilkelere bağlı kalınmıştır.

Engelli çocuğu olan ebeveynlerin evlilik uyumunun düşük düzeyde ve yaşam doyumunu açısından yaşamlarından az memnun oldukları belirlenmiştir. Evlilik uyumu ve yaşam doyumları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Meslek, ekonomik durum, madde kullanma ve şiddet görme durumuna göre evlilik uyumu arasında ve öğrenim durumu, meslek, ekonomik durum, çocuk sayısı, madde kullanımı ve şiddet görme durumuna göre yaşam doyumunu arasında önemli fark olduğu tespit edilmiştir.

Yaşı, eğitim seviyesi, geliri düşük, serbest meslekle uğraşan, engelli ve diğer çocuklarının sayısı fazla olan, madde bağımlılığı olan ve şiddet gören ebeveynlerin evlilik uyumu ve yaşam doyumunu yönünden desteklenmeleri için sağlıklı yaşam programlarının geliştirip uygulanması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Engelli Çocuk, Ebeveyn, Evlilik Uyumu, Yaşam Doyumu

*Bu Araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi olarak sunulmuştur.

¹Hemşire. Malatya Asker Hastanesi

²Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

İletişim / Corresponding Author: Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ

Tel: 0442 231 3554 **e-posta:** fgtufekci@mynet.com

Geliş Tarihi / Received : 27.06.2014

Kabul Tarihi / Accepted : 05.01.2015

EVALUATION OF MARITAL ADJUSTMENT AND LIFE SATISFACTION IN PARENTS WITH CHILDREN WITH DISABILITIES AND DETERMINATION OF THE AFFECTING FACTORS

ABSTRACT

The aim of the present research was to evaluate marital adjustment and life satisfaction in parents with children with disabilities and to determinate affecting factors. The research applied in descriptive type, was carried out between August-December 2013, in a special education and rehabilitation center, in Malatya city center. Population of the study have been created by parents of children with disabilities. Parents (N=123) agreed to participate in the research and selected by simple random sampling method were studied in the research. In data collection, a question form, Marital Adjustment and Life Satisfaction Scales have been applied. The acquired data was analyzed with percentage distributions, average, variance and t test. It has been obeyed to the ethical principals in the research.

It has been determined that there are the lower level of marital adjustment and less level of life satisfaction in parents with disabled children. It has been found that a strong positive relationship is between marital adjustment and life satisfaction. It has been determined that a significant difference among marital adjustment of groups according to the state of occupation, economic status, substance use, and violence. It has been found that a significant difference among life satisfaction of groups according to the state of education, occupation, economic status, number of children, substance abuse and violence.

It has been suggested that parents who have low age, educational level, income engaged, self-employment more number of children with disabilities and other children, substance abuse, and experience violence must be supported in terms of marital adjustment and life satisfaction, and development of wellness programs.

Keywords: Disabled Children, Parents, Marital Adjustment, Life Satisfaction.

GİRİŞ

Sosyolojik anlamda toplumun temeli olarak kabul edilen aile olgusunun var oluşunda, çocuklar en önemli ögeyi oluşturmaktadır. Çocuk en geniş anlamda kadın ve erkeğin ortak bir ürünü, neslin devamı, eşleri birbirine bağlayan bağ, özlem gideren bir araç, anne babanın gelecek sigortası, annenin verdiği bir armağan ve sevgi olarak kabul edilmektedir (1).

Çocuk sahibi olmak, çift için, alışık oldukları karı kocalık rollerinin yanı sıra, anne baba olma rollerini de beraberinde getirmektedir. Çocuğun doğumu aileyi gerek yapısal, gerek gelişimsel, gerekse işlevsel olarak etkiler. Ana babanın dağınık ve daha çok bireysel olan ilgileri, birlikte ürettikleri “ortak” bir varlığa çocuğa yönelmekte, yaşantıları çocuklarının gereksinimlerine yanıt verecek şekilde belirli amaçlara yönelmektedir (2,3). Ancak, dünyaya gelen çocuk engelli ise beklentiler değişecektir. Farklı özelliklere sahip bir çocuğun anne babası olma rolü, anne babaların kendi seçtikleri bir rol değildir ve bu role hiçbiri kendini hazırlamaz (4), dolayısıyla çocuğun doğumu ile beklenen mutluluk ve sevincin yerini yoğun bir üzüntü duygusu alır ve aile karmaşık bir psikolojik durum içine girer (5).

Engelli olarak dünyaya gelen çocuk aile içerisindeki rolünü tam olarak gerçekleştiremediği zaman aile içinde uyum sorunlarına yol açabilmektedir. Engel, bireyin yetersizliği nedeniyle, yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel farklılıklara bağlı olarak gerçekleştirmesi gereken rolleri, gereği gibi yerine getirememesi olarak tanımlanmakta ve aile içerisinde uyum sorunlarına neden olabilmektedir (5).

Aile üyelerinden birinin ya da birkaçının geçici ya da sürekli hastalığı, engelliliği (görme, işitme, zihinsel veya fiziksel engellilik vb.) tüm üyelerin uyumunu etkilemekte, en sağlam yapıdaki ailelerin bile dengeleri sarsılabilmektedir (6). Yetersizliği olan çocuğu sahip ailelerle yapılan bazı araştırmalar, bu ailelerde evlilik uyumunun düşük, boşanma oranının yüksek olduğunu göstermektedir (7, 8).

Araştırma, engelli çocuğu olan ebeveynlerde evlilik uyumu ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

ARAŞTIRMANIN SORULARI

- Engelli çocuğu olan ebeveynlerde evlilik uyumu ve yaşam doyumu düzeyi nedir?
- Engelli çocuğu olan ebeveynlerde evlilik uyumu ve yaşam doyumu arasında ilişki var mıdır?
- Engelli çocuğu olan ebeveynlerin özellikleri evlilik uyumu ve yaşam doyumunu etkiler mi?

MATERYAL ve METOD

Tanımlayıcı tipte olan araştırma, Malatya’da bir özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde Ağustos-Aralık 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, belirtilen merkezde, eğitim ve rehabilitasyon alan engelli çocukların ebeveynleri (S=500) oluşturmuştur. Araştırmada, rastlantısal örnekleme yöntemi ile haftanın bir gününde merkeze gelen çocukların ebeveynleri (S=123) ile çalışılmıştır.

Verilerin toplanmasında, ebeveynlerin özelliklerini belirleyen bir soru formu ve Evlilik Uyumu Ölçeği (EUÖ) ve Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) kullanılmıştır.

Soru Formu, araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (7). Soru formu, ebeveynlerin özelliklerini (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, aile tipi, ekonomik durum, çocuk sayısı, engelli çocuk sayısı, alkol/uyuşturucu madde kullanma durumu) içeren 12 sorudan oluşmuştur.

EUÖ, Locke ve Wallace tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de geçerlik güvenirliği Kışlak-Tutarel tarafından yapılmış olup, cronbach alpha’sı .85’tir. EUÖ toplam 15 sorudan oluşmakta yüksek puan evlilikte uyumu, düşük puan da uyumsuzluğu göstermektedir (9). Evlilik Uyum Ölçeği’nde 43 puan kesme noktası olarak belirlenmiş olup 43 puan evlilik uyumunun yüksek, 43 puanın altında kalanların ise evlilik uyumları düşük olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 58’dir. Bu araştırmada, ölçeğin alpha’sı .86 olarak bulunmuştur.

YDÖ, Diener tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye uyarlaması Köker tarafından yapılmış olup, cronbach alpha’sı .75’tir. Toplam 5 maddeden oluşan ölçeğin, her maddesi 1-7 arasında puanlanmakta ve 5-35 arasında bir toplam puan elde edilmekte, yüksek puanlar yaşam doyumunun yüksekliğine işaret etmektedir. 30-35 puan arası yaşamından çok çok memnun, 25-29 arası yaşamından çok memnun, 20-24 arası yaşamından memnun, 15-19 arası yaşamından az memnun, 10-14 arası yaşamından memnun değil ve 5-9 arası yaşamından hiç memnun değil olarak sınıflanmıştır (10). Bu araştırmada, ölçeğin alpha’sı .87 olarak bulunmuştur.

Veriler, ebeveynlerin uygun oldukları zamanlarda yüz yüze görüşerek elde edilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri EU ve YD düzeyleri ve bağımsız değişkenleri ebeveynlerin özellikleridir. Veriler, bilgisayar ortamında, yüzdeler dağılım ve ortalama, t testi ve varyans analizi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay ve ilgili kurumlardan izin alınmıştır. Bilgi edinilen tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiği için ebeveynlerin gönüllü katılımlarına önem verilmiştir. Ayrıca, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı ebeveynlere açıklandıktan sonra onaylar (bilgilendirilmiş onay ilkesi) sözlü olarak alınmıştır. Ebeveynlere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılmış ve “gizlilik ilkesine” uyulmuştur.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Engelli çocuğu olan ebeveynlerde evlilik uyumu ve yaşam doyumunun değerlendirildiği ve etkileyen faktörlerin belirlendiği araştırmada, ebeveynlerin evlilik uyumu (39.53 ± 8.59) düşük düzeyde saptanmıştır (Tablo 1). Benzer şekilde, otistik bozukluğu ve down sendromu olan çocukların annelerinde evlilik uyumunun düşük düzeyde olduğu (11) ve otizmlili çocukların annelerinin eşleriyle yakınlıklarının, normal gelişim gösteren çocukların annelerine göre daha zayıf olduğu bulunmuştur (12). Aile üyelerinden birinin ya da birkaçının geçici veya sürekli hastalığı, görme, iş itme, zihinsel veya fiziksel yetersizliği tüm üyelerin uyumunu etkilemekte, en sağlam yapıdaki ailelerin bile dengeleri sarsılabilmektedir (6). Ancak bazen, otizmlili bir çocuğu olmak bazı eşleri birbirine yaklaştırabilmekte (13), anne ve babalarının evlilik uyumuna ilişkin algıları olumlu olabilmektedir (14,15). Bazı çalışmalar, otizmlili çocukların anne-babalarının evlilik uyumuna ilişkin algılarının, engelli olmayan çocukların ebeveynlerine göre daha olumlu olduğunu bulmuştur (14, 15, 16, 17).

Araştırmada, ebeveynlerin yaşam doyumu açısından yaşamlarında az memnun (19.52 ± 7.36) oldukları belirlenmiştir (Tablo 1). Benzer araştırmalarda, zıt sonuçlar elde edilmiştir; kronik hastalığı olan çocukların ailelerinde yaşam doyumu çok düşük bulunurken (18), aksine engelli çocuğu olan ebeveynlerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (18, 19, 20, 21).

Araştırmada, ebeveynlerin evlilik uyumu ve yaşam doyumları arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=.501^{**}$, $p=.000$). Bu sonuçla, evlilik uyumu ne kadar iyi olursa yaşam doyumunun da o kadar iyi olacağı söylenebilir. Evlilikte eşlerin mutluluk algılarının üst düzeyde olması ve hem evlilikten hem de birbirlerinden hoşnut olarak doyum sağlamaları evlilikte uyumu da beraberinde getirmektedir (22).

Tablo 1. Ebeveynlerin EUÖ ve YDÖ Puan Ortalamaları

Ölçek	EUÖ		Ölçek	YDÖ	
	Araş.da	Araş.da		Araş.da	Araş.da
	Min.-Maks.	X±SD		Min.-Maks.	X±SD
0-58	19-56	39.53±8.59	5-35	5-35	19.52±7.36

Tablo 2. Ebeveynlerin Özelliklerine Göre EU ve YD Düzeyleri (S=123)

Özellikler	S	%	EU		YD	
			X±SD	Test ve p	X±SD	Test ve p
Cinsiyet						
Kadın	85	69.1	39.18±8.50	t=.671	19.08±7.62	t=1.005
Erkek	38	30.9	40.31±8.87	p=.504	20.52±6.72	p=.317
Yaş (39.56±10.24)						
21-29	22	17.9	38.40±8.77		16.40±6.77	
30-39	51	41.5	40.74±8.54		20.98±7.68	
40-49	32	26.0	41.03±7.51	KW=6.596	20.56±7.26	KW=7.071
50 ve üzeri	18	14.6	34.83±9.18	p=.086	17.38±6.06	p=.070
Öğrenim Durumu						
İlköğretim	48	39.0	38.33±7.78		17.54±5.70	
Ortaöğretim	32	26.0	39.50±10.51	F=1.017	18.96±9.08	F=4.881
Lisans ve üzeri	43	35.0	40.90±7.85	p=.365	22.16±6.95	p=.009
Meslek						
Memur	36	29.3	42.19±7.42	t=2.241	22.19±7.36	t=2.645
Serbest	87	70.7	38.43±8.84	p=.027	18.42±7.11	p=.009
Aile Tipi						
Çekirdek	94	76.4	39.61±8.98	MU=1304.00	20.06±7.68	MU=1126.500
Geniş	29	23.6	39.27±7.33	p=.725	17.79±6.01	p=.158
Ekonomik Durum						
Gelir giderden fazla	30	24.4	41.80±9.71		21.46±8.99	
Gelir gidere denk	57	46.3	40.14±7.53	KW=6.445	20.52±6.25	KW=9.805
Gelir giderden az	36	29.3	36.69±8.68	p=.040	16.33±6.65	p=.007

Evlilik uyumunu eşlerin günlük yaşantıya ve yaşantı içinde değişen koşullara uyum sağlaması ve belirli bir süre içinde birbirlerine uygun olarak değişmesi şeklinde tanımlamaktadır (23). Araştırmada, ebeveynlerden erkek (%30.9), 40-49 yaş grubunda (%26),

lisans ve üzeri eğitimi olan (%35), memur (%29.3), çekirdek ailede yaşayan (%76.4) ve geliri giderinden fazla olanların (%24.4) evlilik uyumu düzeylerinin daha yüksek olduğu, sadece meslek ve ekonomik duruma göre evlilik uyumu düzeylerinin önemli farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<.05$) (Tablo 2). Bu bulgular, yüksek eğitim seviyesinin, mesai ile sürekli çalışma ortamında bulunmanın, iyi gelir düzeyine sahip olmanın ve çekirdek ailede yaşamının psikososyal olarak bireyleri daha çok etkileştirdiğini ve birbirlerine zaman ayırarak daha çok paylaşımda bulduklarını, dolayısıyla stresörleri uzaklaştırdıklarını düşündürmektedir. Ayrıca, pek çok çalışmada, genellikle engelli çocuğa sahip annelerin babalara göre daha çok stres altında olduğu da bildirilmiştir (11, 24).

Tablo 3. Ebeveynlerin Özelliklerine Göre EU ve YD Düzeyleri (S=123)

Özellikler	S	%	EU		YD	
			X±SD	Test ve p	X±SD	Test ve p
Çocuk Sayısı						
1 ve 2	69	56.1	40.11±8.59	t=.844	20.69±7.80	t=2.011
3 ve üzeri	54	43.9	38.79±8.62	p=.400	18.03±6.52	p=.047
Engelli Çocuk Sayısı						
1	112	91.1	39.63±8.46	MU=577.500	19.78±7.37	MU=486.00
2 ve üzeri	11	8.9	38.54±10.23	p=.733	16.90±7.02	p=.249
Evlilik Şekli						
Görücü Usulü	75	61.0	38.81±7.93	t=1.168	18.53±6.27	t=1.893
Anlaşarak	48	39.0	40.66±9.51	p=.245	21.08±8.64	p=.061
Evlilik Süresi						
1-5	13	10.6	38.46±8.41		18.00±7.58	
6-10	24	19.5	39.83±10.22	KW=.245	18.70±7.50	KW=.752
11 ve üzeri	86	69.9	39.61±8.22	p=.885	19.98±7.33	p=.687
Madde Kullanma Durumu						
Evet	9	7.3	31.22±8.91	MU=229.500	13.33±8.41	MU=263.500
Hayır	114	92.7	40.19±8.26	p=.006	20.01±7.08	p=.015
Şiddet Görme Durumu						
Evet	17	13.8	31.47±8.95	MU=376.500	14.70±7.07	MU=504.500
Hayır	106	86.2	40.83±7.83	p=.000	20.30±7.14	p=.004

Yaşam doyumu, bir insanın ne istediği ile neye sahip olduğunun karşılaştırılmasıyla elde edilen durumdur. Ailelerin normal özelliklere sahip bir çocuk beklerken kronik hastalığı olan bir çocuğunun olması, bu hastalığın tam olarak tedavi edilememesi ve uzun süreli tedaviler gerektirmesi gibi nedenlerle ailelerin sosyal yaşamları ve günlük aktiviteleri kısıtlanmaktadır (18). Araştırmada, erkek (%30.9), 30-39 yaş grubu (%41.5), lisans ve üzeri eğitimi olan (%35), memur (%29.3), çekirdek ailede yaşayan (%76.4) ve geliri giderinden fazla olanların (%24.4) yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu, öğrenim durumu, meslek ve ekonomik duruma göre yaşam doyumu arasında önemli düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<.05$, Tablo 2). Benzer şekilde, engelli çocukların ebeveynlerinde yapılan çalışmalarda, kadın ve erkeklerin yaşam doyumları arasında önemli bir fark bulunmaz iken (18, 19, 25, 26, 27), eğitim durumu (18, 28) ve gelir düzeyine (28) göre yaşam doyumu arasında önemli bir fark saptanmıştır. Problemlerinin üstesinden gelebilen ve etkili çözümler üretebilen eğitilmiş bireylerin, yaşam doyumlarının da yüksek olduğunu belirtmiştir (28, 29).

Araştırmada, bir ve iki çocuğu olan (%56.1), bir engelli çocuğu olan (%91.1), anlaşarak evlenen (%39), 6-10 yıldır evli olan (%19.5), herhangi bir madde bağımlılığı olmayan (%92.7) ve eşinden şiddet görmeyen (%86.2) ebeveynlerin evlilik uyumunun daha yüksek olduğu, sadece madde kullanma ve şiddet görme duruma göre evlilik uyumunun önemli farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<.05$, Tablo 3). Çocuklara süregen hastalık, zihinsel ve/veya bedensel engelli tanısının konulması hem çocuklar hem de aileler için oldukça travmatik bir olaydır. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocuğa sahip anne-babalarda depresyon ve alkol bağımlılığının daha sık görüldüğü (30) ve engelli çocuğa sahip olmanın evlilik ilişkisini olumsuz yönde etkilediğinin bildirilmesine (31) rağmen, ailelerde dini inançların ve akraba ilişkilerinin kuvvetli olmasının, evlilik ilişkisine olumlu katkı sağladığı vurgulanmıştır (32). Serebral palsisi olan çocukların annelerinde engelli olmayan çocukların annelerine göre kendine güven ve evlilik uyumunun daha kötü olduğunu bildirmişlerdir (33).

Araştırmada, bir ve iki çocuğu olan (%56.1), bir engelli çocuğu olan (%91.1), anlaşarak evlenen (%39), evlilik süresi 11 yıl ve üzerinde olan (%69.9), herhangi bir madde bağımlılığı olmayan (%92.7) ve eşinden şiddet görmeyen (%86.2) ebeveynlerin yaşam doyumu düzeylerinin daha yüksek olduğu, çocuk sayısı, madde kullanma ve şiddet görme durumuna göre yaşam doyumu düzeyleri arasında önemli fark olduğu saptanmıştır ($p<.05$, Tablo 3). Evlenme biçiminin evlilik uyumunu etkilemediği bulunmuştur (34). Çocuğun kronik hastalığının olması ailenin fiziksel, duygusal ve ekonomik dengelerini değiştirip,

yaşamdan doyum almasını engellediği gibi, yaşamını olumlu bir sürece yönlendiren durumların olumlu tutum ve davranışlar sağlayıp ailenin yaşam doyumunu yükseltebileceği düşünülmektedir (18, 19).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Engelli çocuğu olan ebeveynlerin evlilik uyumlarının değerlendirildiği ve etkileyen faktörlerin belirlendiği araştırmada: Ebeveynlerin; evlilik uyumunun düşük düzeyde ve yaşam doyumunu açısından yaşamlarından az memnun oldukları, evlilik uyumu ve yaşam doyumları arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki olduğu, meslek, ekonomik durum, madde kullanma ve şiddet görme durumuna göre evlilik uyumu arasında ve öğrenim durumu, meslek, ekonomik durum, çocuk sayısı, madde kullanma ve şiddet görme durumuna göre yaşam doyumunu arasında önemli fark olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; yaşı, eğitim seviyesi, geliri düşük, serbest meslekle uğraşan, engelli ve diğer çocuklarının sayısının fazla olduğu, madde bağımlılığı olan ve şiddet gören ebeveynlerin evlilik uyumu ve yaşam doyumunu yönünden desteklenmeleri için sağlıklı yaşam programlarının geliştirip uygulanması önerilebilir

KAYNAKLAR

1. Ataman A. Özel Eğitime Muhtaç Olmanın Nedenleri. (ed. A. Ataman) Özel Eğitime Giriş, Gündüz Eğitim Yayıncılık, Ankara- 2003. ss: 9-50.
2. Kazak AE (1987). Families With Disabled Children: Stress and Social Networks in Three Samples. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1987;15(1): 137-146.
3. Şendil G, Balkan K. Anne Baba Olmak Dizisi, Çocuğun Eğitimi Ailede Başlar. Morpa Kültür Yayınları, İstanbul-2005.
4. Akkök F. Farklı Özelliğe Sahip Olan Çocuk Aileleri ve Ailelerle Yapılan Çalışmalar. (ed. A. Ataman) Özel Eğitime Giriş Gündüz Eğitim Yayıncılık, Ankara-2003. ss: 121-142.
5. Özsoy Y, Özyürek M, Eripek S. Özel Eğitime Giriş (9. Baskı). Karatepe Yayınları, Ankara-1998.
6. Yörükoğlu A (1998). Çocuk Ruh Sağlığı (22. Baskı). İstanbul: Özgür Yayınları.
7. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Alguları Arasındaki İlişki. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim

- Fakültesi Dergisi 2009;10(1):213-227.
8. Floyd FJ, Zmich DE. Marriage and the Parenting Partnership: Perceptions and Interactions of Parents with Mentally Retarded and Typically Developing Children. *Child Development* 1991;62(6):1434-1448.
 9. Tutarel-Kışlak Ş. Evlilikte uyum ölçeğinin (EUÖ) güvenilirlik ve geçerlik çalışması. 3P *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1999; 7(1):50-7.
 10. Köker S. Comparison of the level of life satisfaction of normal adolescents and adolescents with problems. Unpublished Master's Thesis, Ankara University, Institute of Social Sciences, Ankara-1991.
 11. Toros F. Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon, Evlilik Uyumunun ve Çocuğu Algılama Şeklinin Değerlendirilmesi. *T Klin Psikiyatri* 2002, 3:45-52.
 12. Fisman SN, Wolf LJ, Noh S, Speechley M. Brief report: psychological effects of parenting stress on parents of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1989;19:157-166.
 13. Wing L. Otizm el rehberi. Çeviri: Semra Kunt, Tohum Türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı, İstanbul-2005.
 14. Gündoğdu FB. Otistik ve Normal Çocuğu Olan Ana-Babaların Evlilik Uyumlarını Algılamaları ve Bazı Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara-1995.
 15. Özekes M, Girli A, Sarısoy M, Yurdakul A. Evlilik İlişkilerinde Engelli Çocuğa Sahip Olmanın Rolü. 10. Ulusal Psikoloji Kongresi, Sözlü Bildiri, Ankara-1998.
 16. Top F. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadığı Sorunların İncelenmesi, *Öz-Veri Dergisi* 2008;5(2):1279-1292.
 17. Karpat D, Girli A. Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanılı Çocukların Anne-Babalarının Yas Tepkilerinin, Evlilik Uyumlarının ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi* 2012;13(2):69-85.
 18. Baykan Z, Baykan A, Naçar M. Kronik Hastalıklı Çocukları Olan Ailelerin Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2010;27: 174-177.
 19. Deniz EM, Dimaç B, Arıcak T. Engelli Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerin Durumluluk-Sürekli Kaygı Ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009; 6: (ISSN: 1303-5134).

20. Altay B, Aydın Avcı İ. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Dicle Tıp Dergisi* 2009;36: 275-82.
21. Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk Ve Yaşam Doyumu. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004;1: (ISSN: 1303-5134).
22. Sinha SP, Mukerjee N. Marital Adjustment and Personal Space Orientation. *The Journal of Social Psychology* 1989;130(5):633-639.
23. Spanier G. Measuring Dyadic Adjustment: New Scales For Assessing The Quality Of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family* 1976;38:15-28.
24. Beckman PJ. Comparison Of Mothers' And Fathers' Perceptions Of The Effect Of Young Children With And Without Disabilities. *Am J Ment Retard* 1991; 95:585-95.
25. Diener E, Diener M, Diener C. Factors Predicting The Subjective Well-Being Of Nations. *J Pers Soc Psychol* 1995;69: 851-64.
26. Pruchno R, Patrick JH. Mothers And Fathers Of Adults With Chronic Disabilities. *Research on Aging* 1999;21: 682-713.
27. Sloper P, Knussen C, Turner S, Cunningham C. Factors Related To Stress And Satisfaction With Life In Families Of Children With Down's Syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 1991;32: 655-76.
28. Akandere M, Acar M, Baştuğ G. Zihinsel ve Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009; 22-32.
29. Stein JS, Book HE. EQ Duygusal Zekâ ve Başarının Sırrı. Özgür Yayınları, İstanbul-2003.
30. Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ, Pettee Y, Hpng J. Life Course Impacts of Parenting A Child With A Disability. *Am J Ment Retard* 2001; 106(3): 265-86.
31. Longo DC, Bond L. Families Of Handicapped Children: Research and Practice. *Family Relations* 1984; 33:57-65.
32. Hobbs N, Perrin J, Irely HT. Issues In The Care of Children With Chronic Illness. In: Katrin E, ed. *Handicapped Children*. San Francisco. Jossey-Bass. 1985: 224-38.
33. Florian V, Findler L. Mental Health And Marital Adaptation Among Mothers Of Children With Cerebral Palsy. *Am J Orthopsychiatry* 2001; 71(3):358-67.
34. Demiray Ö. Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Diyarbakır-2006.

GENİTAL AKINTI ŞİKÂYESİYLE POLİKLİNİĞE BAŞVURAN KADINLARIN GENİTAL HİJYEN UYGULAMALARI*

Zeynep DAŞIKAN¹, Bedriye KILIÇ², Cemile BAYTOK²,
Havva KOCAİRİ², Seher KUZU²

ÖZET

Bu araştırma, genital akıntı şikayeti ile İzmir ili Ödemiş ilçe Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma 18-49 yaş arası 125 kadında yapılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 12.0 paket programında yapılmış, sayı ve yüzde olarak tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 32.8±14.2'dir. Kadınların % 99.2'si evli ve %76.0'sı ilköğretim mezunudur. Kadınların %81.6'sının tuvalet sonrası ellerini yıkadığı, %62.4'ün tuvalet sonrası genital bölge temizliğini arkadan öne doğru yanlış yaptığı, % 77.6'sının genital bölgeyi kuruladığı, % 58.8'nin kurulama için tuvalet kağıdı kullandığı, %96.8'nin pamuklu iç çamaşırını kullandığı, %52.0'sinin 2-3 günde bir iç çamaşırını değiştirdiği, % 60.8'nin 2-3 günde bir banyo yaptığı, % 56.8'nin menstrüasyon döneminde bez kullandığı, % 50.4'nün ped veya bezini günde 1-2 kez değiştirdiği, %22.4'nün günlük ara bezi kullandığı, %80.0'nin cinsel ilişkiden sonra vajinal duş yaptığı, % 38.4'ünün cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığı, %50.4'ünün iki ay ve daha uzun süredir akıntı şikayeti yaşadığı saptanmıştır.

Bu çalışma sonucu genital akıntı şikayeti yaşayan kadınların genital hijyen uygulamalarının çoğu yanlıştır. Kadınların bu konuda eğitim gereksinimleri vardır. Kadınlara genital hijyen uygulamaları ve genital enfeksiyonlar konusunda çalışma yapılan bölgede eğitim verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Genital Akıntı, Hijyen Uygulamaları, Kadın Sağlığı, Vajinal Duş

*Bu çalışma 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresinde (20-23 Nisan 2005, Ankara) poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Yrd. Doç. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği AD, İzmir.

² Hemşire, E.Ü. Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Mezun Hemşire, Ödemiş/İzmir.

THE GENITAL HYGIENE PRACTICES OF WOMEN WHO HAVE GENITAL DISCHARGE GYNECOLOGY OUTPATIENT CLINIC

ABSTRACT

This study was carried out as a descriptive study for the purpose of to determining the genital hygiene practices of women who have genital discharge applied to gynecology policlinic of Odemiş State Hospital in İzmir. The study population was comprised of 125 women between 18-49 years old. The data was analysed using SPSS 12.0 package program, descriptive statistics were used as numbers and percentage. The data was completed a questionnaire form prepared by the researchers .

The mean age of study participants was 32.8 ± 14.2 . It was determined that 99.2 % women were married, 76 % of all women were graduated from primary school. 81.6 % of women mention that they wash their hands after visiting restrooms, methods of cleaning the genital areas of 62.4 % of them were wrong, 77.6 % of them had drying genital areas, 58.8% of them use toilet paper, 96.8 % of them use cotton underwear, 56 % of them change their underwear in every 2-3 days, 52 % of them change their underwear in every 2-3 days, of the 60.8 % women have a shower in every two-three days, 56.8% of the females use wash-and-use diaper during their menses period, 50.4% of them change 1-2 pads daily, 22.4% of them use daily diaper, 80 % of women make vaginal lavage after sexual intercourse, 38.4 % of them have had pain during sex, 50.4 % of them have had genital discharge symptoms since 2 mounts and more time.

As a result of this study women living with genital discharge complaint genital hygiene practices are often wrong. Women are in need of educational requirements in this regard. Genital hygiene practices and genital infection education plan has been given to them in this study areas.

Key Words: Genital Discharge, Hygiene Practices , Women Health, Vaginal Douche.

GİRİŞ

Üreme çağındaki kadınların jinekoloji polikliniğine en sık başvurma nedenlerinden birisi olan vajinal akıntılarının en büyük nedeni genital yol enfeksiyonlarıdır. Dünyada her yıl yaklaşık bir milyon kadın ürogenital enfeksiyonlara maruz kalmaktadır ve kadınların en az %75'inde vajinal bir enfeksiyon öyküsü bulunmaktadır (1-3). Türkiye de yapılan çalışmalarda kadınlarda genital yol enfeksiyonlarının görülme sıklığı %52- 92 arasında bildirilmiştir (1-7). Kadınlarda genital enfeksiyonlara hazırlayan birçok neden vardır. Kadınlarda üretra, vajina ve anüsün birbirine yakın olması genital enfeksiyon riskini artırır. Genital ve menstrüasyon hijyenine dikkat edilmemesi, genital hijyen konusunda yanlış uygulamalar ve vajinal duş (VD) uygulaması genital enfeksiyonların en temel nedenleri arasındadır (2). Eski geleneksel bir uygulama olan VD vajenin su ya da diğer solüsyonlarla yıkanmasıdır. VD uygulamasının vajinal florayı değiştirdiği, vajinal enfeksiyonların gelişmesine neden olduğu ve bunun sonucu pelvik inflamatuvar hastalık riskinin arttığı vurgulanmaktadır (7). Ayrıca çevresel faktörlerden tuvaletlerin temiz ve hijyenik olmaması ve toplu yaşam alanlarında ortak tuvalet ve banyoların zorunlu olarak kullanılması genital enfeksiyonlara neden olabilir (4).

Kadınların enfeksiyon belirtisi olan vajinal akıntıyı algılayış biçimi de farklılık göstermektedir. Bazı kadınlar vajinal akıntıyı anormal algılayıp hemen sağlık kuruluşlarına başvururken, bazıları akıntı miktarı fazla olsa bile normal kabul edip ve tedavi arayışına gitmemektedir. Kadınların genital enfeksiyon risklerini algılayış biçimini sosyo-ekonomik durum, kültürel düzey, yaşanılan yer, çevresinden ve yakınlarından duydukları söylemler, damgalanma duygusu ve jinekolojik muayeneden çekinmesi gibi faktörler etkileyebilmektedir(1,2,6). Bu nedenler yüzünden kadınlar tıbbi tedavi almak yerine kendi kendine tedavi arayışına gitmektedir. Tedavi edilmeyen genital enfeksiyonlar da ciddi üreme sağlığı sorunları oluşturmaktadır(6).

Genital hijyen, kadın sağlığını korumada en önemli unsurlardan birisidir. Genital hijyene dikkat edilmediğinde, genital enfeksiyona yatkınlık artmakta, enfeksiyon tedavi edilmediği takdirde ise kadının doğurganlığını etkilemektedir(1,8). Genital hijyenin sağlanması genital enfeksiyonların ve onların daha ciddi bir takım sonuçlarının önlenmesinde en önemli basamaktır (8,9). Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi için genital enfeksiyonlara karşı koruyucu önlemlerin alınması, erken tanı ve tedavi hizmetlerinin

yapılması ve sağlık personelinin bu konuda eğitim ve danışmanlık rollerini yapması önemlidir.

Bu araştırma, Ödemiş Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine genital akıntı şikayeti ile başvuran kadınların genital hijyen alışkanlıklarını belirlemek ve eğitim gereksinimlerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, İzmir/Ödemiş ilçe devlet hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine akıntı şikâyeti ile başvuran 18-49 yaş arası 125 kadın üzerinde tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma verileri, kadınların bireysel özellikleri ve genital hijyen uygulamalarını içeren soru formu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde olarak tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.

Araştırmanın yapılması için Ödemiş Devlet Hastanesi yönetiminden izin alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara araştırmayla ilgili bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 32.8 ± 14.2 'dir (min-maks: 18-49 yaş). Kadınların % 99.2'si evli, %76.0'sı ilköğretim mezunu, %77.8' nin çalışmadığı, %68.0' inin Ödemiş ilçe merkezinde oturduğu, %50.4' nün gelir algısının orta düzeyde olduğu , % 68.8'nin iki ve üzeri doğum yaptığı, % 86.4' ünün aile planlaması (AP) yöntemi kullandığı, AP yöntemi kullanan kadınların %56.0'sının etkisiz yöntem geri çekme yöntemini kullandığı saptanmıştır (Tablo 1).

Kadınların genital hijyen uygulamaları tablo 2'de verilmiştir. Kadınların % 81.6'sının tuvalet sonrası ellerini yıkadığı, %62.4'nn tuvalet sonrası genital bölge temizliğini arkadan öne doğru yaptığı, % 77.6'sının genital bölgeyi kuruladığı, %58.8'nin kurulama için tuvalet kağıdı kullandığı saptanmıştır. Kadınların % 96.8'nin pamuklu iç çamaşırı kullandığı, %52.0'sinin 2-3 günde bir iç çamaşırı değiştirdiği, % 60.8' nin 2-3 günde bir banyo yaptığı, % 56.8'nin menstrüasyon döneminde bez kullandığı, % 50.4'nün ped veya bezini günde 1-2 kez değiştirdiği, %22.4'nün günlük ara bezi kullandığı, % 80.0'nin cinsel ilişkiden sonra vajinal VD yaptığı saptanmıştır.

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Değişkenler (n:125)	Sayı	Yüzde
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	9	7.2
İlköğretim	95	76.0
Lise ve üstü	21	16.8
Çalışma durumu		
Çalışan	28	22.2
Çalışmayan	97	77.8
Yerleşim yeri		
Kırsal bölge	40	32.0
Kentsel bölge (ilçe)	85	68.0
Gelir algı durumu		
Düşük	54	43.2
Orta	63	50.4
Yüksek	8	6.4
Doğum sayısı		
Doğum yapmayan	8	6.4
1 kez	31	24.8
2 kez ve üzeri	86	68.8
Aile planlaması (AP) yöntemi kullanma durumu		
Kullanan	107	86.4
Kullanmayan	18	13.6
Kullanılan AP yöntemi (n: 107)		
RİA	23	21.4
Hap	13	12.1
Kondom	11	10.2
Geri Çekme	60	56.0

Tablo 2. Kadınların Genital Hijyen Uygulamaları

Değişkenler (n: 125)	Sayı	Yüzde
El yıkama davranışı		
Tuvaletten sonra	102	81.6
Tuvaletten önce ve sonra	23	18.4
Genital bölgeyi temizleme şekli		
Önden arkaya doğru	45	36.0
Arkadan öne doğru	78	62.4
Gelişigüzel	2	1.6
Temizlikten sonra genital bölgeyi kurulama		
Kurulayan	97	77.6
Kurulamayan	28	22.4
Kurulama malzemesi (n: 97)		
Tuvalet kâğıdı	57	58.8
Bez	40	41.2
Kullanılan iç çamaşırı türü		
Pamuklu	121	96.8
Sentetik-saten	4	3.2
İç çamaşırı değiştirme sıklığı		
Her gün	26	20.8
2-3 günde bir	65	52.0
Haftada bir	34	27.2
Banyo yapma sıklığı		
Her gün	3	2.4
2-3 günde bir	76	60.8
Haftada bir	46	36.8
Menstrüasyon döneminde kullanılan malzeme		
Bez	71	56.8
Hijyenik ped	54	43.2
Ped değiştirme sıklığı		
Günde 1-2 kez	63	50.4
Günde 3 kez	50	40.0
Günde 4 kez ve üstü	12	9.6
Günlük ara bezi kullanma durumu		
Kullanan	28	22.4
Kullanmayan	97	77.6
Cinsel ilişki sonrası vajinal duş yapma durumu		
Yapan	100	80.0
Yapmayan	25	20.0

Jinekoloji polikliniğine gelen kadınların %30.4'ü akıntı, % 28.8'i akıntı ve kaşıntı şikayeti ile başvurduğu, % 38.4'ünün cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığı, % 50.4'ünün ise iki ay ve daha uzun süredir akıntı şikayetlerinin devam ettiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Kadınların Jinekoloji Polikliniğine Geliş Şikâyetleri

Değişkenler (n:125)	Sayı	Yüzde
Şikâyetler		
Akıntı	38	30.4
Kaşıntı	31	24.8
Akıntı ve kaşıntı	36	28.8
İdrar yaparken yanma ve akıntı	20	16.0
Cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama		
Evet	48	38.4
Hayır	77	61.6
Akıntı şikâyetinin devam etme süresi		
Bir hafta	41	32.8
Bir ay	21	16.8
İki ay ve daha fazla	63	50.4

TARTIŞMA

Kadın üreme sağlığı sorunları arasında önemli bir yeri alan genital yol enfeksiyonları kadınların üreme, cinsel, aile ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (1,8). Yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi, sosyo-ekonomik durum, doğum sayısı ve rahim içi araç (RİA) kullanımının kadınlarda genital hijyen uygulamalarını ve genital enfeksiyonların gelişmesini etkilediği saptanmıştır(1-3,10,11). Bu çalışmada, genital akıntı şikayeti yaşayan kadınların çoğunluğunun eğitim seviyesinin ilk öğretim seviyesi ve altında olduğu (%83.2), sosyo-ekonomik düzeylerinin orta ve düşük seviyede olduğu ve çoğunluğunun çalışmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan, çalışan ve sosyal güvencesi olan kadınlarda genital hijyen uygulamaları daha iyi olduğu saptanmıştır(1,7). Kadınların kullandıkları gebelikten korunma yöntemleri genital enfeksiyonların görülme sıklığını etkilemektedir. Bu çalışmada kadınların en fazla kullandıkları modern yöntem RİA (%21.4) ve geleneksel yöntem ise geri çekme (%56)

yöntemidir. Zincir ve Temel çalışmasında RİA kullanımının vajinal enfeksiyonları artırdığı saptanmıştır (3). Daşikan ve ark. çalışmasında geri çekme yöntemi kullanan kadınlarda VD uygulamasını yüksek bulmuştur (12). Hacıoğlu ve ark. yaptıkları çalışmada cinsel ilişki sonrası VD yapan kadınlarda genital enfeksiyon sıklığını yüksek saptamıştır (5). Bütün bu uygulamalar genital enfeksiyon riskini artırmakta ve araştırma sonuçları da bunu desteklemektedir.

Genital enfeksiyonların oluşma nedenlerinden birisi taharetlenme esnasındaki kirli ellerdir. Tuvalete girmeden önce ellerin yıkanması gerekir. Ellerin yıkanmadan taharetlenme yapılması ellerdeki mikroorganizmaların tuvalet kâğıdı yoluyla perine bölgesine taşınmasına neden olmaktadır (2). Özkan ve Demir'in (2002) yaptığı çalışmada tuvaletten önce ellerini yıkamayan kadınlarda yıkayanlara göre vajinitise yakalanma oranı daha yüksek saptanmıştır. Araştırmamızda genital akıntı şikayeti ile gelen kadınların çoğunluğunun (%81.6) tuvalet sonrası ellerini yıkadığı saptanmış, tuvalet öncesi el yıkama oranı (%18.4) çok düşük bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda kadınların tuvaletten sonra el yıkama oranı %86.4-98.8 arasında bulunmuştur (2,4,6). Karatay ve Özvarış gecekondü mahallesinde yaşayan kadınlarda yaptığı çalışmasında tuvalet öncesi el yıkama oranını %12.8 olarak saptamıştır (2). Bu çalışmada ve Karatay ve Özvarış'ın çalışmasında kadınların sosyo ekonomik durumu ve eğitim seviyesi düşüktür. Bu durum kadınların genital hijyen davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Kadınların genital bölgelerini temizleme şekli ürogenital enfeksiyonların önlenmesi açısından son derece önemlidir. Araştırmamızda kadınların büyük çoğunluğunun(% 62.4) tuvalet sonrası genital bölge temizliğini arkadan öne doğru yanlış yaptığı, önden arkaya doğru uygulama oranının (%36) düşük olduğu saptanmıştır. Genital bölge temizliğini arkadan öne doğru yapan kadınlar kalın bağırsağın normal florasında yer alan ve hastalığa neden olmayan, E. Coli mikroorganizmalarının vajina ve üretraya bulaştırmakta ve genital enfeksiyonların oluşmasına neden olmaktadır(13). Yapılan üç çalışmada genital bölge temizliğini arkadan öne doğru yanlış taharetlenme oranı % 27-37 arasında bulunmuştur (2,6,14). Yapılan çalışmalarda ve bu çalışmada kadınların yanlış taharetlenme alışkanlıklarının olması genital enfeksiyon riskini artırmaktadır.

Araştırmada kadınların % 22.4' nün tuvalet sonrası genital bölgeyi kurulamadığı, % 41.2'nin kurulama malzemesi olarak taharet bezi kullandığı saptanmıştır. Karatay ve Özvarış'ın çalışmasında kadınların % 36.6'nın genital bölgesini kurulamadığı, Ünsal ve ark.

çalışmasında % 21.7'nin kurulamadığı, % 29.9'nun kurulum malzemesi olarak taharet bezi kullandığı saptanmıştır(2,6). Perine bölgesinin nemli kalması mikroorganizmaların üremesini kolaylaştırır ve enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlar. Genital bölgenin başkalarının kullanımına müsait taharet bezi ile kurulanması oldukça risklidir ve genital enfeksiyon riskini artırır. Bu nedenle perine bölgesinin kurulanmasında tek kullanımlık tuvalet kâğıdı kullanılması ve kuru tutulması önemlidir (10).

Üreme sağlığı açısından pamuklu iç çamaşırı kullanılması ve iç çamaşırların her gün değiştirilmesi önemlidir. Hatta akıntının yoğunlaştığı dönemde gün içerisinde birkaç kez değiştirilebilir. Sentetik ve naylon iç çamaşırlarının kullanılması genital bölgenin ıslak, nemli kalmasına ve buna bağlı olarak alerji ve genital enfeksiyonlara neden olmaktadır(4,9,10). Çalışmamızda kadınların pamuklu iç çamaşırı kullanım oranı (% 96.8) oldukça yüksek bulunmuş fakat günlük iç çamaşır değiştirme oranı (%20.8) ve her gün banyo yapma oranı (% 2.4) düşük saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda eğitim seviyesi düşük ve kırsal bölgede yaşayan kadınlarda pamuklu iç çamaşırı kullanım oranı (% 84.5- 96) yüksek saptanmış ve çalışmamızla paralellik göstermiştir (2,7,9). Fakat Babadağlı ve arkadaşlarının akademisyen kadınlarda yaptığı çalışmada pamuklu iç çamaşırı kullanım oranı (% 54.7) daha düşük saptanmış, günlük iç çamaşırı değiştirme oranı (%69.3) yüksek bulunmuştur(14). Yağmur Malatya'da 15-49 yaş grubu kadınlarda yaptığı çalışmasında % 40.3'nün her gün iç çamaşırı değiştirdiğini, %14.3'nün her gün banyo yaptığını saptamıştır(7). Cangöl ve Tokuç çalışmasında iç çamaşırını sık değiştirmeyen kadınlar arasında genital enfeksiyon görülme oranını yüksek saptamıştır(9).

Kadınların menstrüasyon dönemindeki genital hijyen uygulamaları da genital sağlığı etkiler. Menstrüal kanın pedlerde birikmesi ile oluşan nemli ve ılık ortam mikroorganizmaların üremesini ve enfeksiyon riskini artırmaktadır. Bu nedenle menstrüasyon döneminde mutlaka emici hijyenik ped kullanılmalı ve kullanılan pedler 3- 4 saatte bir, yani günde 6-8 kez değiştirilmelidir (2,10). Bez kullanımının olduğu durumlarda ise bezlerin çok iyi temizlenmesi ve ütülenmesi gerekir (4). Araştırmamızda kadınların menstrüasyon döneminde yıkanabilir bez kullanım oranı (% 56.8) yüksek çıkmış, günde dört kez ve üzeri ped değiştirme oranı ise (%9.6) oldukça düşük bulunmuştur. Karatay ve Özvarış çalışmasında kadınların menstrüasyon döneminde %32.8'inin bez kullandığı; % 18.1'nin pedini günde 4 kez ve üstü değiştirdiği, Yağmur'un çalışmasında ise, kadınların %23.5'inin yıkanabilir bez kullandığı, %45.3'nün günde 3-4 ped değiştirdiği saptanmıştır (2,7). Çalışmamızdaki

kadınların menstrüasyon hijyen davranışları diğer çalışmalara göre daha riskli saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada menstrüasyon sırasında kullanılan malzemenin genital enfeksiyonların oluşmasında etkili olduğunu saptamıştır (8). Hacıoğlu ve ark. Erzurum'da yaptıkları çalışmada menstrüasyon sırasında hazır ped kullanan ve bez kullanan kadınlarda genital enfeksiyon görülme oranını sırasıyla %61.3 ve %78.3 olarak bulmuştur (5).

Riskli genital hijyen davranışlarından biri de günlük ara bezi kullanımıdır. Araştırmamızda genital akıntı şikayeti yaşayan kadınların günlük ara bezi kullanım oranı %22.4'dür. Özkan ve Kulakaç'ın kadın mahkumlarda yaptığı çalışmada günlük ara bezi kullanım oranı %49.1 olarak saptanmıştır. Kadınların ara bezi kullanması kirlilik, kendini ıslak hissetme gibi nedenlerle duyulan iç çamaşırlarını günlük değiştirmesi gereksinimin ortadan kaldırmaktadır. Ara bezinin gün içerisinde 4-6 saatte bir değiştirilmemesi ise dış genital organların nemli kalmasına, akıntı ile sürekli temas etmesine neden olmakta ve özellikle vajinal mantar enfeksiyon riskini artırmaktadır(4).

Dünyanın bir çok ülkesinde ve özellikle müslüman ülkelerde olmak üzere kadınlar kişisel temizlik, yakınmaları azaltmak, gebelikten korunmak, dini inançlar vb. amaçlarla VD uygulamasını yaygın bir şekilde kullanmaktadır (12,15,16). Araştırmamızda kadınların %80'i cinsel ilişki sonrası VD yaptığı saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda cinsel ilişki sonrası VD yapma oranı % 57- 92 arasında bulunmuştur (1,7,9,14,16). Yapılan bir araştırmada kadınların en fazla VD yapma nedeni vajinal kokudan kurtulmak (% 67.1) olarak saptanmış ve VD yapanlarda anormal vajinal akıntı görülme riskinin yapmayanlara göre 3.9 kat daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (15). Daşikan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %75.7'sinin cinsel ilişki sonrası istenmeyen gebeliklerden korunmak için acil korunma yöntemi olarak VD yaptığı saptanmıştır (12).

Araştırmamızda genital akıntı şikayeti ile polikliniğe başvuran kadınların % 38.4'nün cinsel ilişki esnasında ağrı yaşadığı ve çoğunluğunun (%50.4) iki ay ve daha fazla süredir akıntı şikayetlerinin devam ettiğini belirtmiştir. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan bir çalışmada genital akıntı şikâyeti ile polikliniğe başvuran kadınların % 41'nin 1-6 ay arası, %26' sının bir yıl, %33'nün üç yıl üzeri süredir akıntı şikâyeti yaşadığı, %35'inin ise hiç doktora gitmediği ve tedavi olmadığı saptanmıştır (17). Anormal vajinal akıntı sorunu yaşayan kadınların geç kalmadan hekime başvurması ve erken dönemde tedavi olması sağlanmalıdır.

Sonuç olarak, kadınların genital hijyen uygulamalarının yetersiz olduğu, genital hijyen uygulamalarına yönelik bilgi eksikliği ve yanlış uygulamaların olduğu saptanmıştır. Kadın üreme sağlığının korunması ve geliştirilmesi için doğru genital hijyen alışkanlıklarının kazandırılması önemlidir. Gerek bireysel düzeyde gerekse toplu eğitimlerle kadınlara genital hijyen uygulamaları ve anormal genital akıntılar hakkında sağlık eğitimi verilmelidir. Özellikle yanlış ve yetersiz uygulamaların olduğu el yıkama, genital bölge temizliği, tuvalet kağıdı kullanımı, menstrüel hijyen ve VD konularına önem verilmelidir.

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda Ödemiş Halk Eğitim Merkezi, Ödemiş ilçesi Zeytinlik ve Bademli Beldesi Belediye Eğitim Salonunda 15-49 yaş grubu kadınlara genital hijyen uygulamaları, genital enfeksiyonlar ve aile planlaması konularında araştırmacı Zeynep Daşıkkan tarafından eğitim verilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Koştu N, Beydağ K.D. Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınların Genital Hijyen Davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(1): 66-71.
2. Karatay G, Özvarış Ş.B. Bir Sağlık Merkezi Bölgesindeki Gecekonduarda Yaşayan Kadınların Genital Hijyene İlişkin Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(1): 7-14.
3. Zincir H. Temel A.B. RİA'ya Özel Danışmanlık İlkesine Göre RİA Uygulanması ve Genital Hijyen Eğitimi ve Vulvovajinal Enfeksiyonların Görülme İlişkisi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 2010; 19(1): 60-67.
4. Özkan İ.A, Kulakaç Ö. Kadın Mahkûmlarda Genital Hijyen Davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(2):31-8.
5. Hacıaloğlu, N, Nazik E, Kılıç M.A. Descriptive Study of Douching Practices in Turkish Women. International Journal of Nursing Practice 2009; 15: 57-64.
6. Ünsal A, Özyazıcıoğlu N, Sezgin S. Doğu Karadeniz'deki Bir Belde ve Ona Bağlı Dokuz Köyde Yaşayan Bireylerin Genital Hijyen Davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13(2):12-9.
7. Yağmur Y. Malatya İli Fırat Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Genital Hijyen Davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (5): 325-330.

8. Özkan S, Demir Ü. 15-49 Yaş Doğurganlık Çağı Kadınlarda Vajinitisin Tanımlanmasında Hemşirenin Etkinliğinin Belirlenmesi ve Vajinitisin Oluşmasına Neden Olan Faktörlerin İncelenmesi: Sağlık ve Toplum 2002; 12 (4):54-61.
9. Cangöl E, Tokuç B. Jinokoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyon Sıklığı ve Genital Hijyen Davranışları. F.N. Hemşirelik Dergisi 2013; 21(2): 85-91.
10. Ackley B.J, Ladwig G.B, Swan B.A, Tucker S.J.(Edit.) Arcamone A. Perineal care. Evidence Based Nursing Care Guidelines Medical Surgical Interventions. Elseiver Mosby, 1 Edition, Canada, 2008; 609-612.
11. Şatıroğlu N, Hıdıroğlu S, Karavuş M. Vajinal Akıntı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Saptamaya Yönelik Niteliksel Bir çalışma. TAF Preventive Medicine Bulltein, 2012; 11(5):545-558.
12. Daşıkın Z, Taşçı N, Karaca T. Ödemiş Bölgesindeki Evli Kadınların Tıbbı ve Geleneksel Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi (J Turk Soc Obstet Gynecol) 2013; 10(2): 90- 6.
13. Reid G, Bruce A.W. Urogenital İnfections in Women Can Probiotics Help? Postgraduate: Medical Journal 2003; 79 (934): 428.
14. Babadağlı B, Utkualp N, Acar H. Akademisyen Kadınların Üreme Sağlığına İlişkin Uygulamaları. STED 2010; 19(2): 47-54.
15. Sunay D, Kaya E, Ergün Y. Kadınların Vajinal Duş Davranışları ve Vajinal Duşun Vajinal Akıntı ve Demografik Faktörlerle İlişkisi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi (J Turk Soc Obstet Gynecol) 2011; 8(4): 264- 71.
16. Şen E, Mete S. Türkiye'deki Kadınların Vajinal Duş Uygulamaları. DEUHYO ED 2009; 2 (1): 3-15.
17. Ozan H, Özerkan K. Vajinal Akıntıya Hastaların Yaklaşımı, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 34(2): 53-54.

HEMŞİRELERDE VE HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE PROBLEM ÇÖZME VE İLETİŞİM BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ#

Gülistan BAŞAR¹, Semiha AKIN², Zehra DURNA³

ÖZET

Bu çalışmada hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin problem çözme ve iletişim becerilerinin değerlendirilmesi amaçlandı. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, İstanbul'da bir üniversite hastanesi ile iki özel hastanede çalışan 170 hemşire ve bir hemşirelik yüksekokulunda öğrenim gören 413 öğrenci üzerinde gerçekleştirildi. Veri toplama araçları olarak hemşire bilgi formu, öğrenci bilgi formu, Problem Çözme Envanteri (PÇE) ve Kişiler Arası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) kullanıldı. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin problem çözme ve iletişim becerilerinin orta düzeyde olduğu bulundu. Öğrencilere kıyasla, hemşirelerin PÇE (PÇE öğrenci: 84.51±18.96, PÇE hemşire: 88.47±18.97) ve KİBÖ'nin Empati alt boyutu puan ortalamaları (KİBÖ öğrenci: 18.05±4.59, KİBÖ hemşire: 19.41±5.42) daha yüksek bulundu (p = 0.01). Hemşirelerin iletişim becerileri hemşirelik öğrencilerinden daha iyiyken, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri hemşirelerden daha iyi bulundu. Bununla birlikte, her iki grubunda iletişim ve problem çözme becerileri orta düzeydedir. Bu kapsamda hemşirelik yüksekokulları öğrencilerin problem çözme ve iletişim becerilerini daha çok geliştirecek yönde ders içeriklerinin yeniden yapılandırılmalı, hemşirelerin problem çözme ve iletişim becerilerinin geliştirilmesine yönelik sürekli hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Hemşirelik Öğrencileri, Problem Çözme, İletişim

*Bu araştırma hemşirelik yüksek lisans programı yüksek lisans tez çalışmasıdır.

¹Bilim Uzmanı (MSc.). İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

² Doç. Dr. Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beşiktaş / İstanbul

³ Prof. Dr. Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beşiktaş / İstanbul

İletişim Corresponding Author: Semiha AKIN

Geliş Tarihi / Received : 03.03.2014

Telefon: 0 212 381 54 07 **E-posta:** semihaakin@yahoo.com

Kabul Tarihi / Accepted : 09.01.2015

EVALUATION OF NURSES' AND NURSING STUDENTS' PROBLEM-SOLVING SKILLS AND COMMUNICATION SKILLS

ABSTRACT

The study aimed to assess the problem-solving and communication skills of nurses and nursing students. It adopted a descriptive design. The research was carried out in Istanbul, on 170 nurses working at one university and two private hospitals, and on 413 students studying at the school of nursing. Data were gathered using nurse information form, student information form, Problem-Solving Inventory (PSI) and Scale of Dimensions of Interpersonal Relationships (SDIR). Problem-solving skills and communication skills of the nurses and the nursing students were moderately good. Problem-Solving Inventory scores and SDIR Empathy subdimension scores of nurses were higher than those of students (PSI_{student}: 84.51±18.96, PSI_{nurse}: 88.47±18.97; SDIR_{student}: 18.05±4.59, SDIR_{nurse}: 19.41±5.42) (p = 0.01). The nurses' communication skills were better than nursing students' communication skills, while problem-solving skills of nursing students were higher than nurses' problem-solving skills. The scale scores indicated that both groups had moderately good communication and problem-solving skills. It is suggested to enrich the content of courses of nursing schools so as to improve problem-solving and communication skills of students, and to implement in-service training programs which aim to improve nurses' problem-solving and communication skills.

Key Words: Nurse, Nursing Students, Problem Solving, Communication

GİRİŞ

Problem çözme, tepkilerin oluşumunu ve olası tepkiler arasından en uygun olanın seçimini içeren, özellikli bir problemin çözümüne yönlendirilmiş düşünme şeklidir (1). Hemşireler bireysel problemlerle başa çıkmak ve her an stresli ve akut durumların yaşandığı, karmaşık ve hızlı değişim gerektiren hastanelerde başkalarının problemlerine çözüm aramak zorundadır (2,3). Farklı gereksinimleri olan hastalara bakım vermek, hastaların problemlerini belirlemek, öncelik sırasına koymak, uygun girişimlerde bulunmak, sonuçları değerlendirmek için kararlar almak durumundadır. Dolayısıyla hemşirelerin hasta bakım kalitesini arttırmak ve bireylere yardım etmek için problem çözme becerilerini kullanmaları gerekmektedir. Hemşirelerden ayrıca hasta bakımı, ekip çalışması ve yönetimle ilgili çeşitli ve karmaşık problem ya da durumları da çözmeleri beklenmektedir (4,5,6). Bu nedenle, hemşirelerin problem çözme sürecini tam ve doğru anlamaları; bakımın kalitesini arttırmakta ve profesyonel becerilerini geliştirmektedir. Benzer şekilde, hemşirelik öğrencilerinden sezgi gücünü kullanarak problemleri görebilme, problemin çözümüne yönelik yaratıcı düşünme, olaylar ve kavramlar arasında bağlantı kurma becerilerini kazanmaları beklenmektedir (7). Birçok çalışmada hemşirelerde (4,8,9,10) ve hemşirelik öğrencilerinde problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (2,7,9,11,12). Problem çözme, bilişsel becerilerin yanı sıra duyuşsal ve davranışsal özellikleri de içinde barındıran karmaşık bir süreçtir ve bireyin psikolojik uyumunu, özgüvenini, özsaygısını, iletişim becerilerini ve karar verme biçimlerini etkilemektedir (13). Problem çözme sürecinde başarılı olmak için güven, zaman, enerji ve temel iletişim becerilerinin gerekli olduğuna dikkat çekilmektedir (14). İyi bir iletişim genel olarak problemlerin çözümünde en etkili yöntemdir ve iletişim problemleri çözülmeyen doyumsuz bir yaşam sürmek güçleşmektedir (15).

İletişim, bireylerin amaçsız etkileşimleri olmaktan çok, bir etki oluşturmaya veya davranış nedeni olmaya yarayan bilgi, fikir ve duyguların aktarılması süreci olarak tanımlanabilmektedir (16). Bireyin içinde bulunduğu koşullara ya da duruma göre önemi daha fazla artan iletişim, özellikle bireyin her açıdan başkalarına bağımlı olduğu hastalık dönemlerinde çok önemlidir (17). Hemşireliğin günün 24 saatinde hizmet sunan bir meslek olması ve hemşirenin hastaya diğer sağlık ekibi üyelerinden daha yakın konumda bulunması hemşireye bazı ek sorumluluklar yüklemektedir. Bu sorumluluklarını başarılı bir şekilde yerine getirebilmeleri için hemşirelerden iletişim becerilerini etkin şekilde kullanmaları beklenmektedir (17). Bu nedenle, hemşirelik eğitimi ile bilgiyi üreten, gereksinim duyduğu

bilgiye ulaşabilen ve bu bilgiyi bakım verdiği bireylerin yararına kullanabilen, kişilerarası ilişkilerde başarılı, problem çözen ve kritik düşünebilen meslek üyelerinin yetiştirilmesi hedeflenmektedir (18). Bu kapsamda hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin problem çözme ve iletişim becerilerinin gelişmiş olması beklenmektedir (7,11,17,19,20). Geleceğin profesyonel hemşirelerini yetiştirmeyi hedefleyen hemşirelik eğitim programları, hemşirelik adaylarının bağımsız bir kişilik kazanmasını ve kendi kendini yönetmesini desteklemelidir. Profesyonellik yolunda ivme kazanmanın en temel yolu eleştirel düşünme ve bilimsel problem çözme becerilerini kullanarak mesleki becerilerin daha da geliştirilmesidir (21). Bu çalışma hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin problem çözme ve iletişim becerilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi.

GEREÇ ve YÖNTEM

I.Araştırmanın Tipi ve Araştırmanın Yeri

Bu çalışma tanımlayıcı olarak planlanmış bir araştırmadır. Araştırma İstanbul'da bir üniversite hastanesi ile iki özel hastanede ve Şubat-Mart 2011 tarihleri arasında bir hemşirelik yüksekokulunda gerçekleştirildi.

Araştırma soruları

1. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri hangi düzeydedir?
2. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri hangi düzeydedir?
3. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerilerini ve problem çözme becerilerini hangi faktörler etkilemektedir?
4. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri ile problem çözme becerileri arasında bir farklılık var mıdır?

II.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma evrenini İstanbul'daki bir üniversite hastanesi ve iki özel hastanede çalışan hemşireler ve bir hemşirelik yüksekokulunda öğrenimlerini sürdürmekte olan hemşirelik yüksekokulu öğrencileri oluşturmaktadır. Hemşire evreni 270 hemşireden oluşmaktadır. Hemşirelerin 220'si özel hastanede (birinci özel hastanede 120 hemşire, ikinci özel hastanede 100 hemşire), 50'si ise bir üniversite hastanesinde çalışmaktadır. Hemşire örnekleme dahil edilme kriterleri; (1) Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve (2) başhemşire ve gözetmen pozisyonunda çalışmayan hemşireler olarak belirlendi. Örnekleme dâhil edilme kriterlerini

karşılaman tüm hemşirelere ulaşılmaya çalışıldı. Araştırmaya katılmaya davet edilen 270 hemşireden 62'si çalışmaya katılmak istemediği, 15'i senelik izine ve 5'i doğum iznine ayrıldığı, 3'ü sağlık nedeniyle izinli olduğu için toplam 185 hemşireye ulaşıldı. Ulaşılan 185 hemşireden 15'i veri toplama formlarını eksik doldurduğu için değerlendirmeye alınmadı ve çalışma 170 hemşire ile tamamlandı.

Öğrenci evreni; 142'si 1.sınıfta, 113'ü 2. sınıfta, 112'si 3.sınıfta ve 87'si 4.sınıfta öğrenimlerine devam eden 454 hemşirelik yüksekokulu öğrencisinden oluşmaktadır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve 2010-2011 öğretim yılında öğrenimlerine devam etmekte olan hemşirelik öğrencileri araştırma kapsamına alındı. Veri toplama sürecinde 41 öğrenci okulda bulunmadığı için araştırma 413 öğrenci ile tamamlandı.

III. Verilerin Toplanması

Veriler, aşağıda sıralanan veri toplama araçları kullanılarak hemşireler ve hemşirelik öğrencilerinden yüz yüze görüşme tekniğiyle elde edildi. Hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin kişisel özellikleri hemşire bilgi formu ve öğrenci bilgi formu, Problem Çözme Envanteri ve Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği kullanılarak değerlendirildi.

Hemşire bilgi formu: Bu form hemşirelerin kişisel özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi algısı), çalışma yaşamını (çalışma süresi, çalışma pozisyonu ve birimi), bilgisayar kullanma durumuna, problem çözme, iletişim veya stresle başa çıkma konularında eğitim alma durumuna ilişkin sorular içermektedir.

Öğrenci bilgi formu: Bu form öğrencilerin kişisel özelliklerini (yaş, cinsiyet, gelir düzeyi algısı), okul yaşamlarını [sınıf, akademik başarı algısı, akademik genel not ortalaması (AGNO)], bilgisayar kullanımı, problem çözme, iletişim veya stresle başa çıkma konularında eğitim alma durumunu sorgulayan sorular içermektedir.

Problem Çözme Envanteri (Problem Solving Inventory): Heppner ve Peterson tarafından 1982 yılında geliştirilen bu envanter; problem çözme süreci aşamalarını belirleyen, bireylerin kendi problem çözme davranışları ve yaklaşımları hakkında ne düşündüklerini değerlendiren 35 maddeden oluşan 6'lı Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten 32-192 arasında puan alınabilmektedir (22). Heppner ve Petersen tarafından 1982'de geliştirilen Problem Çözme Envanteri'nin Türkçeye uyarlanması Nail Şahin, Nesrin Hisli Şahin ve Paul Heppner tarafından 1993 yılında yapılmıştır (23,24). Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği,

bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını göstermektedir (24).

Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ): Bu ölçek İmamoğlu ve Aydın tarafından 2008 yılında geliştirildi. Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği Türkiye koşullarına uygun, kişilerarası ilişkileri inceleyen ve ilişki boyutlarını saptayan, 53 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçek; Onay Bağımlılığı, Empati, Başkalarına Güven ve Duygu Farkındalığı olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Onay Bağımlılık ve Empati alt boyut puanlarının artışı onay bağımlılık düzeyinin ve empati becerisinin arttığı şeklinde yorumlanır. Başkalarına Güven ve Duygu Farkındalığı alt boyut puanlarının artışı, başka bireylere güven ve duygu farkındalık düzeyinin azaldığına işaret etmektedir (25).

IV. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) sürüm 16.0 programı ile değerlendirildi. Verilerin dağılımında, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum ve yüzde parametreleri kullanıldı. Kişisel özellikler ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasında, Spearman korelasyon analizi, Pearson korelasyon analizi, t - testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanıldı.

V. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için hemşirelik yüksekokulu yönetimi ve bir üniversite hastanesi ile iki özel hastane yönetiminden izin alındı. Veri toplama araçlarının araştırmada kullanılabilmesi için gerekli izinler alındı. Elde edilen verilerin gizli kalacağı ve kimse ile paylaşılmayacağı açıklanarak hemşirelerden ve hemşirelik öğrencilerinden bilgilendirilmiş sözel onam alındı.

Araştırmanın sınırlılıkları: Araştırma 170 hemşire ve 413 hemşirelik öğrencisi ile iletişim becerisi ile ilgili veriler Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği, problem çözme becerisi ile ilgili veriler Problem Çözme Envanteri kullanılarak yapılan değerlendirmeler ile sınırlıdır.

BULGULAR

I.Hemşirelerin Kişisel Özellikleri

Yaş ortalaması 27.03 ± 6.36 olan hemşire örnekleminin %85.3'ü kadındır. Hemşirelerin %45.3'ü sağlık meslek lisesi, %25.9'u hemşirelik yüksekokulu mezunudur (Tablo 1). Hemşirelerin %89.4'ü servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır ve %34.1'i problem çözme, %61.2'si iletişim ile ilgili eğitim almıştır.

II.Hemşirelerin Problem Çözme Becerileri

Hemşirelerin problem çözme becerilerinin değerlendirildiği bu çalışmada, hemşirelerin problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 2).

Bu çalışmada hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, bilgisayar kullanma, eğitim düzeyi, çalışılan birim, çalışılma pozisyonu, problem çözme, stres yönetimi ve iletişim ile ilgili eğitim alma durumuna göre PÇE toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, PÇE toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Ancak bu çalışmada sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin Problem Çözme Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunmakla birlikte, eğitim düzeyine göre hemşirelerin PÇE toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Yine bu çalışmada çalışma pozisyonuna göre hemşirelerin Problem Çözme Envanteri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$).

III.Hemşirelerin İletişim Becerileri

Bu çalışmada hemşirelerin ilişkilerinde başkalarına olan bağımlılık düzeyi orta, empati becerileri düşük, duyu farkındalığı ve başkalarına güven durumu orta düzeyde iyi bulundu (Tablo 2).

Servis hemşireleri ile ünite sorumlusu hemşirelerin iletişim beceri düzeyleri karşılaştırıldığında ise sorumlu hemşirelerin KİBÖ Empati alt boyutunda puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu (Empati_{servis hemşiresi}: 19.22 ± 5.40 , Empati_{sorumlu hemşire}: 22.42 ± 4.85 ; $Z_{mwu} = - 2.252$ $p= 0.02$) (Tablo 2).

Tablo 1. Hemşirelerin Kişisel Özellikleri (S = 170)

	s	%
Yaş		
17 - 21 yaş	24	14.1
22 - 26 yaş	67	39.4
27 - 31 yaş	44	25.9
32 - 36 yaş	24	14.2
37 - 41 yaş	6	3.6
42 - 46 yaş	2	1.2
47 - 51 yaş	0	0
52 - 56 yaş	3	1.8
Cinsiyet		
Kadın	145	85.3
Erkek	25	14.7
Medeni durum		
Evli	68	40.0
Bekâr	102	60.0
Eğitim düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	77	45.3
Önlisans	22	12.9
Hemşirelik/Sağlık yüksekokulu	63	37.1
Yüksek lisans	8	4.7
Çalışma pozisyonu		
Servis hemşiresi	152	89.4
Sorumlu hemşire	12	7.1
Poliklinik hemşiresi	5	2.9
Eğitim hemşiresi	1	0.6
Çalıştığı birim		
Yoğun bakım servisi	33	19.4
Cerrahi servisi	33	19.5
Ameliyathane	24	14.1
Acil servis	23	13.5
Karma servis (iç hastalıkları ve cerrahi)	22	12.9
İç hastalıkları servisi	13	7.7
Kadın-doğum servisi	10	5.9
Onkoloji servisi	5	2.9
Diğer (örn: çocuk servisi, hemodiyaliz ünitesi, poliklinik)	7	4.1
Bilgisayar kullanma alışkanlığı		
Bilgisayar kullanıyor	164	96.5
Bilgisayar kullanmıyor	6	3.5
Bilgisayar kullanma süresi (ay)	82.51 ± 38.78 (dağılım: 1 - 240)	
Günlük bilgisayar kullanma süresi (dak)	124.45 ± 95.90 (dağılım: 15 - 750)	

Tablo 2. Hemşirelerin ve Öğrenci Hemşirelerin Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları (S = 170)

	Hemşireler				Hemşire Öğrenciler				Z_{mwu}^*	p
	\bar{x}	$\pm ss$	Min.	Maks.	\bar{x}	$\pm ss$	Min.	Maks.		
Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği										
Onay Bağımlılık	48.5	8.00	27	68	47.7	8.31	21	70	-	0.42
	1				9				0.813	
Empati	19.4	5.42	9	37	18.0	4.59	9	36	-2.906	
	1				5					0.01**
Başkalarına Güven	39.2	8.07	19	56	38.4	8.19	16	67	-1.332	0.18
	3				5					
Duygu Farkındalığı	33.4	8.32	14	58	33.0	8.10	14	61	-	0.48
	4				6				0.707	
Problem Çözme Envanteri	88.4	18.97	42	133	84.5	18.96	45	142	-2.551	
	7				1					0.01**

* Mann Whitney U testi

** p < 0.05

Hemşirelerin medeni durumuna göre KİBÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, KİBÖ Empati alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Hemşirelerin medeni durumuna göre; bekar hemşirelere kıyasla, evli hemşirelerin KİBÖ Empati alt boyutu puan ortalamaları daha düşük bulundu ($Z_{mwu} = -2.026$, $p = 0.04$). Demografik özellikler ile KİBÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında, hemşirelerin yaşı ve çalışma süresi ile KİBÖ Duygu Farkındalığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde çok zayıf ilişki saptandı ($r_s = -0.19$, $p = 0.01$; $r_s = -0.18$, $p = 0.02$). Hemşirelerin yaşının ve çalışma süresinin iletişim becerilerinden olan duygu farkındalığı üstünde çok önemli bir etkisi olmamasına rağmen, bekar hemşirelerin daha empatik olduğu saptandı.

Hemşirelerin eğitim düzeyine ve çalıştığı birime göre KİBÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Bu çalışmada çalışma pozisyonuna göre KİBÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, KİBÖ alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Servis hemşiresi olarak görev yapan hemşirelere kıyasla, servis sorumlusu olarak görev yapan hemşirelerin KİBÖ Empati alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu ($Z_{mwu} = -2.252$, $p = 0.02$).

İletişim ve stres ile ilgili eğitim alma ve bilgisayar kullanma durumuna göre hemşirelerin KİBÖ Empati alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). İletişim ve stres ile ilgili eğitim aldığını ve bilgisayar kullanmadığını bildiren hemşirelere kıyasla, iletişim ve stres yönetimi konusunda eğitim almadığını ve bilgisayar kullandığını bildiren hemşirelerin KİBÖ Empati alt boyut puan ortalamaları daha düşük bulundu ($Z_{mwu} = -2.327$, $p = 0.02$; $Z_{mwu} = -2.074$, $p = 0.04$; $Z_{mwu} = -2.893$, $p = 0.01$).

IV. Öğrencilerin Kişisel Özellikleri

Öğrencilerin yaş ortalaması 20.61 ± 2.03 ve %92.5'si kızlardan oluşmaktadır. Grubun %27.8'i 1.sınıf, %27.1'i 2.sınıf, %25.7'si 3.sınıf, %19.4'ü 4.sınıf öğrencisidir (Tablo 3). Öğrencilerin %97.3'ü bilgisayar kullandığını, %21.1'i problem çözme, %54.7'si iletişim ve %23.2'si stresle başa çıkma konusunda eğitim aldığını bildirdi.

V. Öğrencilerin Problem Çözme Becerileri

Hemşirelik öğrencilerinin değerlendirmelerine göre Problem Çözme Envanteri toplam puan ortalama değeri 84.51 ± 18.96 bulundu (Tablo 2). Bu sonuç hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Hemşirelik öğrencilerin demografik özellikleri ve sınıf değişkeni ile problem çözme becerileri karşılaştırıldığında; öğrencilerin cinsiyetine ve eğitim gördükleri sınıflara göre PÇE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). Bu araştırmada, öğrencilerin problem çözme becerileri ile akademik başarıları arasında anlamlı ilişki belirlenmedi ($p > 0.05$).

Bu çalışmada, öğrencilerin Problem Çözme Envanteri toplam puanları ile yaş, kardeş sayısı, AGNO ve bilgisayar kullanma süresi değişkenleri karşılaştırıldığında, Problem Çözme Envanteri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). Problem çözme, iletişim ve stresle başa çıkma konularında eğitim alma durumuna göre

öğrencilerin Problem Çözme Envanteri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p > 0.05$).

Tablo 3. Öğrencilerin Kişisel Özellikleri (S = 413)

	s	%
Yaş		
17 - 21 yaş	312	75.6
22 - 26 yaş	96	23.2
27 - 31 yaş	4	0.9
32 - 36 yaş	1	0.2
Cinsiyet		
Kız	382	92.5
Erkek	31	7.5
Gelir düzeyi algısı		
Düşük	23	5.6
Orta	315	76.3
İyi	75	18.2
Sınıf		
1. sınıf	115	27.8
2. sınıf	112	27.1
3. sınıf	106	25.7
4. sınıf	80	19.4
Lise eğitimi		
Düz lise	260	63.0
Yabancı dil ağırlıklı lise	85	20.6
Anadolu lisesi	44	10.7
Sağlık meslek lisesi	24	5.8
Akademik başarı algısı		
İyi	200	48.4
Orta	181	43.8
Kötü	20	4.8
Çok iyi	12	2.9
Bilgisayar kullanma süresi (ay)	82.32 ± 36.95 (dağılım: 12 - 240)	
Günlük bilgisayar kullanma süresi (dak)	117.87 ± 88.17 (dağılım: 10 - 660)	

VI. Öğrencilerin İletişim Becerileri

Bu çalışmada öğrencilerin ilişkilerinde başkalarına olan bağımlılık düzeyleri orta düzeyde, empati becerileri ortanın altında, duygu farkındalık ve başkalarına güven düzeyleri iyi bulundu (Tablo 2).

Öğrencilerin demografik özellikleri ile iletişim beceri düzeyleri karşılaştırıldığında, cinsiyet değişkenine göre öğrencilerin KİBÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Kız öğrencilere kıyasla, erkek öğrencilerin KİBÖ Duygu Farkındalığı alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu ($Z_{mwu} = -2.569, p = 0.01$).

Bu çalışmada KİBÖ Empati alt boyutu puan ortalamaları arasında sınıfa göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, 4.sınıf öğrencilerinin KİBÖ Empati alt boyutu puan ortalamaları 1.sınıf öğrencilerinden daha yüksek bulundu.

Akademik başarısını çok iyi olarak bildiren öğrencilere kıyasla, akademik başarısını iyi olarak bildiren öğrencilerin KİBÖ Duygu Farkındalığı alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu ($\chi^2_{kw} = 9.642, p = 0.02$).

Bu çalışmada iletişim ile ilgili eğitim alma durumuna göre KİBÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, öğrencilerin KİBÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). İletişim ile ilgili eğitim aldığını bildiren öğrencilere kıyasla, iletişim ile ilgili eğitim almadığını bildiren öğrencilerin KİBÖ Onay Bağımlılık alt boyutu puan ortalamaları daha düşük, Başkalarına Güven alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu ($Z_{mwu} = -2.701, p = 0.01$; $Z_{mwu} = -2.962, p = 0.01$).

Öğrenci örnekleminde PÇE puanları ile KİBÖ Empati alt boyutu, Başkalarına Güven alt boyutu ve Duygu Farkındalığı alt boyutu puanları arasında pozitif yönde ilişki saptandı ($r_s = 0.39, p = 0.001$; $r_s = 0.36, p = 0.001$; $r_s = 0.51, p = 0.001$) (Tablo 4).

Öğrencilerin KİBÖ alt boyut puanları ile yaş, kardeş sayısı ve akademik genel not ortalaması karşılaştırıldığında, KİBÖ alt boyut puanları ile değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0.05$).

VII. Hemşire ve Hemşire Öğrencilerin Problem Çözme ve İletişim Becerilerinin Karşılaştırılması

Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin KİBÖ ve PÇE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p > 0.05$). Hemşirelik öğrencilerine kıyasla, hemşirelerin KİBÖ Empati alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Empati öğrenci:

18.05 ± 4.59, Empati hemşire: 19.41 ± 5.42) ($Z_{mwu} = -2.906$, $p = 0.01$). Bu durumun hemşirelerin hastayla daha uzun zaman geçirmeleri ve etkileşim içinde olmaları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada hemşirelik öğrencilerine kıyasla, hemşirelerin Problem Çözme Envanteri toplam puan ortalaması daha yüksek bulundu (PÇE öğrenci: 84.51±18.96, PÇE hemşire: 88.47±18.97) ($Z_{mwu} = -2.551$, $p = 0.01$).

Hemşirelerin Problem Çözme Envanteri puanları ile Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği Empati alt boyutu, Başkalarına Güven alt boyutu ve Duygu Farkındalığı alt boyutu puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptandı ($r_s = 0.30$, $p = 0.001$; $r_s = 0.41$, $p = 0.001$; $r_s = 0.41$, $p = 0.001$). Hemşire örnekleminde Problem Çözme Envanteri puanları ile KİBÖ Onay Bağımlılık alt boyutu puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r_s = -0.31$, $p = 0.001$) (Tablo 4).

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerine kıyasla, hemşirelerin Problem Çözme Envanteri toplam puan ortalamaları daha yüksek bulundu (PÇE öğrenci: 84.51±18.96, PÇE hemşire: 88.47±18.97). Bu bulgular problem çözme becerilerinin hemşirelik öğrencilerinde daha iyi olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. Hemşirelerde ve Hemşire Öğrencilerde Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği ile Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Problem Çözme Envanteri			
	Hemşireler (S = 170)		Hemşire Öğrenciler (S = 413)	
Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği	r_s^*	p	r_s^*	p
Onay Bağımlılık	- 0.31	0.001*	- 0.38	0.001*
Empati	0.30	0.001*	0.39	0.001*
Başkalarına Güven	0.41	0.001*	0.36	0.001*
Duygu Farkındalığı	0.41	0.001*	0.51	0.001*

*Spearman Korelasyon Analizi ** $p < 0.01$

TARTIŞMA

I.Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Tartışılması

Problem çözme hemşirelik uygulamalarının odağıdır ve hemşirelerin problem çözme becerilerini geliştirmeleri hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (4,6,26). Problem çözme, bireyin bir bilgiyi almasını, bu bilgiyi süreçten geçirmesini ve kullanmasını gerektirmektedir. Bu çalışmada, hemşirelerin problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğu belirlendi. Bazı çalışma sonuçları da bu çalışmanın bulguları ile benzer niteliktedir (4,8,10).

Problem çözme öğrenilebilen ve deneyimlerle geliştirilebilen bir beceridir. Bu nedenle eğitim düzeyi yükseldikçe problem çözme becerisinin de anlamlı düzeyde yükselmesi beklenmektedir (26,27). Ancak bu çalışmada sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin Problem Çözme Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunmakla birlikte, eğitim düzeyine göre hemşirelerin PÇE toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi. Kelleci ve Gölbaşı'nın (2004) çalışmasında benzer sonuçların elde edilmesi bu çalışma sonucunu desteklemektedir (4).

Servis sorumlu hemşirelerinin üstlendikleri görevlerin çeşitliliği ve yönetici rollerini kullanmaları nedeniyle problem çözme becerilerinin daha fazla gelişmiş olması beklenirken, bu çalışmada hemşirelerin çalışma pozisyonlarına göre böyle bir farkın bulunmaması dikkat çekicidir. Bir başka çalışmada (28) benzer sonuçların elde edilmesi bu çalışma sonucu desteklemektedir. Kelleci ve Gölbaşı'nın (2004) çalışma sonucu ise bu çalışma sonucunu desteklememekte olup, servis sorumlu hemşirelerinde Problem Çözme Envanteri toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (4). Yönetici pozisyonunda olan bireylerin problem çözmeye daha yetişmiş, deneyimli ve yeterli olmaları beklenir. Aksi halde bu kişiler problem çözmenin temel alındığı değişim yaratma, kaliteyi geliştirme ve sürdürme, verimlilik, hedefleri gerçekleştirme gibi bir dizi yönetim aktivitesini gerçekleştirmede güçlük yaşayabilirler (28).

II.Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Tartışılması

Bireyin içinde bulunduğu koşullara ya da duruma göre önemi daha da artan iletişim, özellikle bireyin her açıdan başkalarına bağımlı olduğu hastalık dönemlerinde çok daha önemli boyutlar kazanmaktadır (17). Etkili bir iletişim ile bakımın kalitesi ve hasta memnuniyeti artmaktadır (29-33). Hemşireliğin günün 24 saatinde hizmet sunan bir meslek olması ve hemşirenin hastaya diğer sağlık ekibi üyelerinden daha yakın konumda bulunması

hemşireye bazı ek sorumluluklar yüklemektedir. Hemşire hastanın bütüncül bir değerlendirmesini yapmak, gereksinimlerini saptamak, hastanın tanısında hekime yardımcı olabilecek bilgileri toplamak, tanı ve tedavide gerekli olan hasta işbirliğini sağlamak için öncelikle hastasını iyi anlamak ve kendisini hastasına iyi anlatmak zorundadır. Bu sorumluluklarını yerine getirmesi gereken hemşireden iletişim becerilerini devreye sokması beklenmektedir (17). Bu çalışmada hemşirelerin ilişkilerinde başkalarına olan bağımlılık düzeyi orta düzeyde, empati becerileri düşük, duygu farkındalığı ve başkalarına güven düzeyi orta düzeyde iyi bulundu. Bu bulgular hemşirelerin empati becerileri ve duygu farkındalığına ilişkin becerilerinin daha fazla geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Sorumlu hemşirelerin, servis hemşirelerine kıyasla KİBÖ Empati alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Bu bulgular sorumlu hemşirelerin yüklendiği ek sorumluluklar ve yönetici rollerinin bulunması nedeniyle kurdukları ilişkilerde işbirliğini sağlamak, çatışmaları azaltmak amacıyla empati becerilerini daha fazla kullandıklarını düşündürmektedir.

Bir bireyin diğer birey ile kurduğu iletişimde derinlik boyutu iletişimin kalitesi açısından önem taşımaktadır. İletişimde ilişkilere derinlik veren ise empati kurma becerisidir. Toplumsal yaşam içerisinde insanların birbirlerine karşı geliştirecekleri empati, kurulan iletişimin kalitesini arttırarak, çatışmaları azaltacak, bireyler arasındaki dayanışmayı yükseltecektir (35). Bu çalışmada servis hemşiresi olarak görev yapan hemşirelere kıyasla, servis sorumlusu olarak görev yapan hemşirelerin KİBÖ Empati alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Elde edilen bu araştırma sonucu sorumlu hemşire pozisyonu ile ilişkili değişen rol ve sorumlulukların etkisiyle hemşirelerde empati becerilerinin geliştiğini göstermektedir.

Bu çalışmada. iletişim ve stres ile ilgili eğitim aldığını ve bilgisayar kullanmadığını bildiren hemşirelere kıyasla, iletişim ve stres yönetimi konusunda eğitim almadığını ve bilgisayar kullandığını bildiren hemşirelerin KİBÖ Empati alt boyut puan ortalamaları daha düşük bulundu. Bu bulgu iletişim ve stres yönetimi konusunda verilen eğitimlerin hemşirelerin empati becerilerini olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir.

III. Öğrencilerin Problem Çözme Becerilerinin Tartışılması

Öğrenciler açısından bireysel başarı, günlük hayatta karşılaşılan problemlerin esiri olmaksızın, problemin akılcı bir yaklaşımla analiz edilmesi ve problemi yaratan nedenlerin gerçekçi olarak belirlenip çözülmesi ile doğru orantılıdır (14). Hemşirelik öğrencilerinden

sezgi gücünü kullanarak problemleri görebilme, problemin çözümüne yönelik yaratıcı düşünme, olaylar ve kavramlar arasında bağlantı kurma becerilerini kazanmaları beklenmektedir (7). Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğunu gösterdi. Bazı araştırma sonuçlarında da hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin orta düzeyde bildirilmesi bu araştırma sonucunu desteklemektedir (2,7,9,12).

Etkili problem çözme yollarının günlük yaşantı içinde öğrenilmesi her zaman mümkün olmamaktadır. Bu durumda profesyonellerin bu becerileri sistemli olarak öğretmeleri gerekmektedir (13). Problem çözme ve karar vermeyi etkileyen faktörlerden biri de deneyim düzeyidir (26). Problemin kişinin yaşına uygunluğu, çözüm için ön bilgi ve eğitime sahip olma derecesi, yeteneği, tutumu, çözümün kişiye getireceği fayda, kişilik özellikleri gibi faktörler problem çözüme etkili olmaktadır (36). Bu çalışmada cinsiyet değişkenine göre öğrencilerin Problem Çözme Envanteri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi. Bazı araştırma sonuçlarında da benzer sonuçların elde edilmesi bu sonucu desteklemektedir (2,11,37).

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin cinsiyetine göre PÇE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Bazı araştırma sonuçlarında da benzer sonuçların elde edilmesi bu sonucu desteklemektedir (2,11,37). Bu sonuçlar cinsiyetin öğrencilerin problem çözme becerileri üzerinde etkisi olmadığını gösterdi.

Profesyonel hemşireyi bağımlı hemşireden, deneyimsiz hemşireyi uzman hemşireden farklı kılan problem çözme becerileridir (28). Hemşirenin karar verme becerilerini eğitimi, deneyimi, risk alma durumu, liderlik rolü, yaratıcılığı, bilim ve teknolojiye gelişmeler gibi faktörler etkilemektedir (38). Etkili problem çözme yollarının günlük yaşantı içinde öğrenilmesi her zaman mümkün olmamaktadır. Bu durumda profesyonellerin bu becerileri sistemli olarak öğretmeleri gerekmektedir (13). Problem çözmeyi kendi rolü olarak algılaması hemşirenin verdiği bakımın kalitesinin yüksek olması adına önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin mesleki eğitimleri süresince problem çözme becerilerinin değerlendirilerek geliştirilmesi gerekmektedir (12). Bu çalışmada öğrencilerin eğitim gördükleri sınıflara göre problem çözme beceri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bazı araştırmalarda benzer sonuçların elde edilmesi bu çalışma sonucunu desteklemektedir (2,12). Yılmaz ve arkadaşlarının (2009) çalışma sonucu ise bu çalışma sonucunu desteklememektedir (10).

Problem çözme becerisi yüksek olan bireylerin diğer bireylere göre akademik yaşantılarında daha başarılı oldukları bildirilmektedir (39). Bu çalışmada, öğrencilerin problem çözme becerileri ile akademik başarıları arasında anlamlı ilişki belirlenmedi. Olgun ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da benzer sonucun elde edilmesi bu çalışma sonucunu desteklemektedir (11). Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak bir başka çalışmada sağlık yüksekokulu öğrencilerinde akademik başarı yükseldikçe problem çözme becerisinin de yükseldiği bulunmuştur (9).

IV. Öğrencilerin İletişim Becerilerinin Tartışılması

Bu çalışmada öğrencilerin ilişkilerinde başkalarına olan bağımlılık düzeyleri orta, empati becerileri ortanın altında, duygu farkındalık ve başkalarına güven düzeyleri iyi bulundu. Yine bu çalışmada, erkek öğrencilerin kız öğrencilere kıyasla, KİBÖ Duygu Farkındalığı alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. İki araştırma sonucu bu çalışma bulgularını desteklemektedir (40,41). Aydınoglu ve Özyazıcıoğlu'nun (2008) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin cinsiyetleri ile empati beceri puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (40). İmamoğlu'nun (2008) çalışmasında cinsiyetin duygu farkındalığı açısından fark oluşturmadığı bildirilmektedir (41). Cinsiyet yönünden kişiler arası iletişim becerileri arasındaki ilişkinin anlaşılmasına yönelik daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim duyulmaktadır.

Profesyonel hemşirelikte büyük önemi olan iletişim becerilerinin geliştirilmesi öncelikle okul eğitimi sırasında sağlanabilmektedir (32). Bu çalışmada KİBÖ Empati alt boyutu puan ortalamaları arasında sınıfa göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, 4.sınıf öğrencilerinin KİBÖ Empati alt boyutu puan ortalamaları 1.sınıf öğrencilere göre daha yüksek bulundu. Özyazıcıoğlu ve arkadaşları (2009) çalışmalarında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, 1.sınıf öğrencilerinin empati beceri puanı 4. sınıf öğrencilerinden daha düşük bulunması bu çalışma bulgusunu desteklemektedir (9). Benzer şekilde, Tutuk ve arkadaşlarının (2002) hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri ve empati düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada sınıf büyüdükçe iletişim becerilerinin de geliştiğini bildirmektedir (32). Bu sonuçlar hemşirelik eğitiminde empati becerilerinin geliştirilmesine önem verildiğini ve her bir sınıfta öğrencilerin aldığı eğitimin empati becerilerini daha da geliştirdiğini düşündürmektedir.

Onay Bağımlılık alt boyutu, bireyin kişilerarası ilişkilerinde bağımsız davranabilme, karar verme ve kendi kendine değer biçmeye yönelik ifadelerden oluşmaktadır. Bu alt

boyuttaki ifadeler kişilerarası bağımlılıktan ziyade bireylerin ilişkilerinde, diğer bireylere ne ölçüde önem verdiklerini ve bağlı olduklarını ölçmektedir. Onay Bağımlılık alt boyutu, ben ve diğerleri ayrımında, kendisini yok farz edecek derecede diğerlerine odaklanmış, bireyselliğin ve ben değerinin göz ardı edildiği bir boyuttur. Dolayısıyla onay bağımlılık, ilişki tarzı itibari ile sağlıksız bir yaklaşımı işaret etmektedir (25). Bu çalışmada iletişim ile ilgili eğitim aldığını bildiren öğrencilere kıyasla, iletişim ile ilgili eğitim almadığını bildiren öğrencilerin KİBÖ Onay Bağımlılık alt boyutu puan ortalamaları daha düşük, Başkalarına Güven alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Eğitim sürecinde olan öğrencilerde onay bağımlılık düzeyinin yüksek olması eğitim ve etkileşime açık bir grup olduklarını düşündürmektedir.

İyi bir iletişim genel olarak problemlerin çözümünde en etkili yöntemdir ve iletişim problemleri çözülmeden doyurucu bir yaşam sürmek zorlaşmaktadır. İletişim konusunda bilinçlenmek bireye önemli etkileşim olanakları sağlamaktadır (15). Problem çözme sürecinde başarılı olmak için güven, zaman, enerji ve temel iletişim becerilerinin gerekli olduğuna dikkat çekilmektedir (14). Öğrenci örneğinde PÇE puanları ile KİBÖ Empati alt boyutu, Başkalarına Güven alt boyutu ve Duygu Farkındalığı alt boyutu puanları arasında pozitif yönde ilişki bulunması, hemşire örneğinde olduğu gibi, hemşire öğrencilerin kişilerarası iletişim becerilerinin geliştirilmesiyle problem çözme becerilerinin geliştirilebileceğini düşündürmektedir.

V. Hemşire ve Hemşire Öğrencilerin Problem Çözme ve İletişim Becerilerinin Karşılaştırılması

Bu çalışmada hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin problem çözme ve iletişim becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hemşirelik öğrencilerine kıyasla, hemşirelerin KİBÖ Empati alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Bu durumun hemşirelerin hastayla daha uzun zaman geçirmeleri ve etkileşim içinde olmaları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada hemşirelik öğrencilerine kıyasla, hemşirelerin Problem Çözme Envanteri toplam puan ortalaması daha yüksek bulundu. Bu çalışmada hemşirelerin problem çözme becerilerinin daha düşük bulunmasının; çalışma hayatında hemşirelerin bağımlı fonksiyonlarını çok kullanmaları, problem çözmede etkili olmayan yöntemlerin kullanılması, problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik hizmetiçi eğitimlerin yetersiz olması, kişisel ve mesleki rol ve sorumluluklarda artışla ilişkili olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin Problem Çözme Envanteri puanları ile Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği Empati alt boyutu, Başkalarına Güven alt boyutu ve Duygu Farkındalığı alt boyutu puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptandı. Hemşire örnekleminde Problem Çözme Envanteri puanları ile KİBÖ Onay Bağımlılık alt boyutu puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunması hemşirelerin kişilerarası iletişim becerilerinin geliştirilmesiyle problem çözme becerilerinin olumlu yönde etkilenebileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerine kıyasla, hemşirelerin Problem Çözme Envanteri toplam puan ortalamalarının daha yüksek bulunması problem çözme becerilerinin hemşirelik öğrencilerinde daha iyi olduğunu göstermektedir. Problem çözme becerilerinin gelişiminde deneyimin etkili olduğu düşünüldüğünde, hemşirelerin problem çözme becerilerinin öğrencilerden daha yüksek olması beklenirdi. Bu durumun hemşirelerin mesleki tükenmişlik yaşamaları, stresle başetmede etkili olmayan yöntemler kullanmaları ile ilgili olabileceği akla gelmektedir. Hemşirelerde problem çözme ve stresle başa çıkma konularında eğitim alma oranlarının düşük oluşu, problem çözme ile ilgili eğitim alanların çoğunun ise eğitimlerini teorik dersler kapsamında aldıklarını belirtmeleri, bu konuda hizmet içi eğitimlerin yapılmadığına ve eğitimlerin süreklilik göstermemesinin problem çözme becerilerini olumsuz yönde etkilediğine dikkat çekmektedir. Problem çözme becerilerinin hemşirelerde öğrencilere göre düşük olmasının hemşirelerin eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü araştırmaya alınan tüm öğrenciler yükseköğretim öğrencisiyken, hemşirelerin yarıya yakını sağlık meslek liselerinden mezundur. Araştırma bulgularına göre eğitim durumu hemşirelerin problem çözme becerilerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemese de sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin problem çözme becerileri düşük olarak belirlenmiştir. Bu nedenle eleştirel ve analitik düşünmesi olanakları sağlayan lisans eğitimi alan hemşirelik öğrencilerinin hemşirelere göre problem çözme becerileri daha yüksek olabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada her iki grupta iletişim ve problem çözme becerileri orta düzeyde olmakla birlikte, hemşirelerin iletişim becerileri hemşirelik öğrencilerinden daha iyi, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri hemşirelerden daha iyi bulundu. Çalışma bulguları doğrultusunda hemşirelik yükseköğretimlerinde ders içeriklerinin öğrencilerin problem çözme ve iletişim becerilerini daha da geliştirecek yönde yeniden yapılandırılması, hemşirelerin problem

çözme ve de iletişim becerilerinin geliştirilmesi için sürekli hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Solso R.L, Maclin M.K, Maclin O.H. Bilişsel Psikoloji. (Çeviren: A, Ayçiçeği Dinn) İstanbul Kitabevi Yayınları. ISBN: 9759173344 İstanbul - 2007.ss: 542-547
- 2.Akın S, Güngör İ, Mendi B, Şahin N, Bizat E, Durna Z. Üniversite Öğrenimlerini Sürdüren Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri Ve İç-Dış Kontrol Odağı Algısı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2007; 4(2): 30-6.
- 3.McAllister M. Doing Practice Differently: Solution Focused Nursing. Journal of Advanced Nursing 2003; 41(6): 528-535.
- 4.Kelleci M, Gölbaşı Z. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 8(2): 1-8.
- 5.Taşçı S. Hemşirelikte problem çözme süreci. Sağlık Bilimleri Dergisi (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 2005; (14): 73-8.
- 6.Taylor C. Clinical problem solving in nursing: insights from the literature. Journal of Advanced Nursing 2000; 4: 842-49.
- 7.Eşer İ, Khorshid L, Özkütük N, Orgun F. Hemşirelik Öğrencilerinin Karar Verme Ve Problem Çözme Becerilerinin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 25(3): 9-25.
- 8.Durmaz Ş, Kaçar Z, Can S, Koca R, Yeşilova D. Çanakkale Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri (Pçb) Ve Etkileyen Bazı Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10(4): 63-71.
- 9.Özyazıcıoğlu N, Aydınoglu N, Aytekin G. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Empatik Ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(3): 46-53.
- 10.Yılmaz E, Karaca F, Yılmaz E. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(1): 38-48.

- 11.Olgun N, Öntürk Z, Karabacak Ü, Aslan F, Serbest Ş. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri: Bir Yıllık İzlem Sonuçları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 1(4): 188-194.
- 12.Tezel A, Arslan S, Topal M, Aydoğan Ö, Koç Ç, Şenlik M. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(4): 1-10.
- 13.Korkut F. Lise Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002; 22: 177-184.
- 14.Yalçın B, Tetik S, Açıkgöz A. Yüksekokul Öğrencilerinin Problem Çözme Becerisi Algıları İle Kontrol Odağı Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi 2010; 2(2): 19-27.
- 15.Erözkan A. Lise Öğrencilerinde Kişilerarası İlişki Tarzlarının Yordayıcıları. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009; 21: 543-551.
- 16.Eroğlu F. Davranış Bilimleri. Beta Basım AŞ. 7. Baskı. ISBN: 978-605-377-564-5 İstanbul - 2006. ss: 256-303.
- 17.Uyer G. Hemşire-Hasta İletişimi Ve İletişimin Hasta Yönünden Önemi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2000; 8(2): 90-4.
- 18.Ortabağ T, Tosun N, Bebiş H, Yava A, Çiçek H, Akbayrak N. Yatağın Diğer Tarafı: Hemşirelik Yüksekokulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Eğitim Amaçlı Hastaneye Yatma Deneyimleri. Gülhane Tıp Dergisi 2010; 52(3): 189-197.
- 19.Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik BS, Avcı Aİ. Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli örneği. Dicle Tıp Dergisi 2011; 38(1): 49-56.
- 20.Velioğlu P. Hemşireliğin Düşünsel Temelleri. Alaş Ofset Matbaası. İstanbul - 1994. ss: 5-53
- 21.Karagözoğlu Ş. Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(1): 6-14.
- 22.Savaşır I, Şahin N.H. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara - 1997. ss.79-85, 93-9
- 23.Heppner PP, Petersen CH. The Development And Implications Of A Personal Problem Solving Inventory. Journal of Counseling Psychology 1982; 29(1): 66-75.
- 24.Şahin N, Şahin NH, Heppner PP. The Psychometric Properties Of The Problem Solving Inventory. Cognitive Therapy and Research 1993; 17(4): 379-96.

25. İmamoğlu SE, Aydın B. Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Psikoloji Çalışmaları Dergisi 2009; 29: 39-64.
- 26.Çiçek H, Akbayrak N. Hemşireler İle Diğer Bayan Sağlık Çalışanlarının Problem Çözme Becerileri Arasındaki Farkın İncelenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004; 7(2): 55-9.
- 27.Tunç A, Kıyak M. Bir Kamu Hizmet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. VII. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bildiri Kitabı. 21-24 Mayıs 2009, Kıbrıs. 2009. ss:168-173.
- 28.Abaan S, Altıntoprak A. Hemşirelerde Problem Çözme Becerileri: Öz Değerlendirme Sonuçlarının Analizi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 12(1): 62-76.
- 29.Arda H, Ertem M, Baran G, Durgun Y. Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 15(59): 68-74.
- 30.Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russel G. Communication Skills: Some Problems İn Nursing Education And Practice. Journal of Clinical Nursing 2002; 11: 12-21.
- 31.Özer A, Çakıl E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi 2007; 3: 140-143.
- 32.Tutuk A, Al D, Doğan S. Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi Ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 6(2): 36-41.
- 33.Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5(2): 69-74.
- 34.Akyurt N. Sağlıkta İletişim ve Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğrencileri'nin İletişim Becerileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(11): 15-33.
- 35.Özbek FM. Toplumsal Yaşamda Empati. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergi 2004; 1: 1-16.
- 36.Gelbal S. Problem çözme. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1991; (6): 167-173.
- 37.Can H, Öner Ö, Çelebi E. Üniversite Öğrencilerinde Eğitimin Sorun Çözme Becerisine Etkisinin İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(10): 35-58.

- 38.**Elçiligil A. Çocuğun Ağrısının Yönetiminde Pediatri Hemşiresinin Karar Vermesini Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011; 4(1): 48-53.
- 39.** Sardoğan EM, Karahan FT, Kaygusuz C. Üniversite Öğrencilerinin Kullandıkları Kararsızlık Stratejilerinin Problem Çözme Becerisi, Cinsiyet, Sınıf Düzeyi Ve Fakülte Türüne Göre İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006; 2(1): 78-97.
- 40.**Aydınoğlu N, Özyazıcıoğlu N. Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Empati Becerilerinin İncelenmesi. II. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Günleri Bildiri Özet Kitapçığı. 28-30 Nisan 2008, İstanbul. 2008. ss. 79-80
- 41.**İmamoğlu S. Doktora Tezi; “Genç Yetişkinlikte Kişilerarası İlişkilerin Cinsiyet, Cinsiyet Roller ve Yalnızlık Algısı Açısından İncelenmesi”. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. F. Betül Aydın. İstanbul - 2008.

BİR DEVLET HASTANESİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN ALGI VE GÖRÜŞLERİ

Kemal Macit HİSAR¹, Cansu Berna ARSLAN²,
Sezer KISA³, Filiz HİSAR⁴

ÖZET

Bu araştırma bir devlet hastanesinde çalışan personelin hasta güvenliğine ilişkin algı ve görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma tanımlayıcı ve niteliksel tiptedir. Araştırma iki aşamalı olarak yapılmıştır. Birinci aşamasında “Hasta Güvenliği Kültürü Formu” ile veriler toplanmış ve örnekleme yöntemi yapılmayıp hastanede çalışan herkes alınmıştır. İkinci aşamasında ise amaçlı örnekleme yöntemi ile veriler derinlemesine görüşme ile toplanmıştır. Tanımlayıcı verilerin analizinde; yüzde ve ortalama, nitel verilerinin analizinde ise içerik analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan katılımcıların %28,5’i hemşire, %10,4’ü doktordur. Katılımcıların % 30,1’inin cerrahi kliniklerde çalıştığı, %72,5’inin ise 1-5 yıldır aynı hastanede çalıştığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılanlardan cerrahi kliniğinde çalışanlar hasta güvenlik derecesini düşük bulmuştur. %30’u çevresi ile ilişkisini bozmamak ve %20’si ise ceza almamak için yaptıkları hatayı bildirmeyeceklerini ifade etmişlerdir. Hasta ve çalışanlar arasında güvenlik kültürünün oluşturulması için hizmet içi eğitimlerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Çalışan Güvenliği, Kalite

1. Yrd.Doç. Dr. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D, Konya,

2. Eğitim Hemşiresi, Bursa Göğüs Hastalıkları Hastanesi

3. Doç.Dr. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ankara

4. Doç.Dr, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Konya

İletişim/Corresponding Author: Filiz HİSAR

Tel: 03322808050 **e-mail:** filiz.hisar@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 13.06.2014

Kabul Tarihi / Accepted : 09.01.2015

PATIENT SAFETY PERCEPTIONS AND OPINIONS OF A STATE HOSPITAL STAFF

ABSTRACT

This research in A State Hospital "patient safety culture and employees' perceptions of patient safety and to determine the opinions" are made to order. Research is descriptive and qualitative types. Research was conducted in two stages. In the first phase "Patient Safety Culture Form" with the data collected and everyone has been working at the hospital. In the second stage sampling method was applied for. Data were collected through in-depth interviews. In the analysis of descriptive data; percent and average, qualitative content analysis was used to analyze the data. The participants in the study were 28.5% of nurses, 10.4% are doctors. 30.1 % of the respondents were working in the surgical clinic, also 72.5 % of them were 1-5 years while working at the same hospital. Participants in research workers in the surgical clinic has found a low degree of patient safety. 30 % of them to disturb the relationship between the environment and to take the penalty and 20% of them stated they would report the error. Among patients and staff in-service training for the creation of a culture of safety recommendations are made.

Keywords: Patient Safety, Employee Safety, Quality

GİRİŞ

Güvenlik kültürü bireylerin ve grupların değer, davranış ve yetenekleri ile kuruma bağımlılığını ve profesyonelliğini belirleyen davranışlar bütünü olarak tanımlanmıştır (1-4). Hasta güvenliği kültürü denildiğinde hataların azaltılması ve hasta güvenliğinin öncelikli konular arasında yer almaktadır. Institute of Medicine, hasta güvenliğini hastalara olan zararın önlenmesi ve kaliteli sağlık sunumunun olarak tanımlamıştır. Aynı kurum tarafından tıbbi hataların önlenmesi için yapılan önerilerin başında, sağlık hizmeti veren organizasyonlarda “hasta güvenliği” kültürünün oluşturulması gelmektedir (5). Hasta güvenliği kültürü, sağlık personeli ve aynı zamanda hastaların, hasta yakınlarının güvenliğini kapsamaktadır. Hasta güvenliği kültürünün amacı, hataların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabilirdiği bir ortam yaratarak güvenli bir sağlık hizmeti sunumunun ilk adımını oluşturmaktır.

Hasta güvenliği kültürü olmayan bir kurumda ortaya çıkan delici/kesici alet yaralanmaları, enfeksiyon hastalıklarına yatkınlık ve kas iskelet yaralanmaları hasta güvenliğinin olmaması ile ilişkili bulunmuştur. İyi yerleşmemiş hasta güvenliği kültürü, bakımın kalitesini, hastaların ve sağlık personelinin sağlığını olumsuz yönde etkileyecektir. Rosenstock ve Lipsocomb tarafından 1997 yılında yapılan çalışmada, sağlık personelinin içinde bulunduğu karmaşık çalışma ortamında, kazalar, enfeksiyon, alerji, şiddet ve stres açısından yüksek risk olduğu vurgulanmıştır (6). Woods ve arkadaşları, ortaya çıkan tıbbi hataların sorumlularının sadece orada çalışan sağlık personeli olmadığını, daha çok sağlık sunum sistemi ve hasta güvenliğine ilişkin eksiklikler nedeni ile ortaya çıktığını belirtmiştir (7).

Hasta güvenliği yanlış taraf cerrahisi, sırada beklemeye bağlı ölümler, transfüzyon hataları, ameliyata bağlı komplikasyonlar, ölümlerle sonuçlanabilecek düşmeler, ilaç hataları, delici/kesici alet yaralanmaları, hastane enfeksiyonları, yabancı cisim unutulması gibi geniş bir alanı kapsamaktadır (2,8). Ancak tüm Dünya’da ve ülkemizde hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların daha çok ilaç hataları ve yanlış taraf cerrahisi üzerinde yoğunlaştığını, hata engelleme stratejilerinin uygulanmasına imkân sağlayan hasta güvenliği kültürü konusuna yeterli derecede önem verilmediğini görmekteyiz.

Hasta güvenliği kavramı Dünya’da 1990’lı yılların başında tartışılmaya başlanmıştır. 1999 yılında ABD’de IOM tarafından “To Err is Human: Building a Safer System (TEH)” yayınlanan raporla sağlık personelinin bu konuya olan dikkati çekilmeye çalışılmıştır. Bu

raporda ABD’de her yıl yaklaşık 100.000 kişinin önlenebilir hatalardan dolayı hayatını kaybettiği vurgulanmıştır (5). Ülkemizde hasta güvenliği kavramı 2006 yılında “Hasta Güvenliği Derneği’nin kurulmasından sonra üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir. Bu nedenle hasta güvenliğine ilişkin yapılan ulusal çalışmalara son yıllarda hız verilmiş olup hasta güvenliğine ilişkin istatistikî bilgilere ulaşmakta zordur. Çünkü olayların ve hataların doğru sayısı, hastaya olan zararın tanımlanmasına ilişkin verilerdeki eksiklik, hatayı tanımada yanlışlık ve hataların rapor edilmemesi nedeni ile sorunun yaygınlığını belirlemekte güçlük yaşanmaktadır. Bu araştırma Ankara Gölbaşı Devlet Hastanesinde “Hasta Güvenliği Kültürü ve Çalışanların Hasta Güvenliğine İlişkin Algılamalarını ve Görüşlerini Belirlemek” amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Soruları

1. Araştırmaya katılanların hasta güvenliğine ilişkin görüşleri ve algılamaları düşüktür?
2. Araştırmaya katılanların hasta güvenliğine ilişkin görüşleri ve algılamaları arasında çalıştıkları pozisyona göre farklılık vardır?
3. Araştırmaya katılanların hasta güvenliğine ilişkin görüşleri ve algılamaları arasında çalıştıkları üniteye göre farklılık vardır?
4. Araştırmaya katılanların çalıştıkları pozisyon ve ünitelere göre rapor edilen olay sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır?

MATERYAL VE METOT

Bu araştırma tanımlayıcı ve niteliksel olarak yapılmıştır. Hastanede 264 personel çalışmaktadır. Araştırmada örnekleme gidilmeyip çalışan 211 (23 Ebe, 35 doktor, 16 Sağlık Memuru, 31 Temizlik personeli, 18 ATT ve diğer personel) kişiden oluşmuştur. Araştırma iki aşamada yapılmıştır. Birinci bölümde araştırmaya katılan personelin hasta güvenliğine ilişkin algılamalarını belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formu hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Ayrıca son 12 ayda rapor edilen hata sayısı ve genel anlamda hastanenin hasta güvenliğini ölçen iki çıktıyı içermektedir. Cevaplar 5’li likert sisteminde (1-5) kesinlikle katılmıyorum-kesinlikle katılıyorum, hiçbir zaman ve her zaman seçeneklerinden oluşmuştur. Yüksek puan hasta güvenliği kültürüne karşı daha pozitif tutumları ifade etmektedir. Anket formu anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla 20 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda gerekli düzeltmeler yapılarak veri toplamada kullanılmıştır. Anket formu hasta

güvenliğine ilişkin toplam (çalışılan ünite, yöneticiler, iletişim, hata raporlama sıklığı, hastane değerlendirilmesi, son 12 ayda rapor edilen hata bildirim sayısı vb.) 51 sorudan oluşmaktadır. Araştırmanın ikinci bölümünde veriler amaçlı örneklem yöntemi ile katılımcılara hasta ve çalışan güvenliği ile uygulamalarındaki durumları açık uçlu sorularla derinlemesine görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Verilerin toplanmasına başlanmadan önce örneklem kapsamına alınan kurumdan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca katılımcılara araştırma hakkında bilgilendirmek için veri toplama formunun kapak sayfasında araştırmaya ilişkin açıklama yazısı konulmuştur. Anket formunun doldurulması 10–15 dakika almıştır.

Araştırmanın ikinci bölümünde görüşmeler katılımcıların işyerinde uygun oldukları gün ve saatte gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler için gerekli malzemeler (ses kayıt cihazı, soru formu, defter ve kalem) hazırlanmıştır. Ayrıca araştırmacı görüşme esnasında katılımcıların beden dili ile ilgili notlar almış, jest-mimikleri, el- kol hareketlerini kayıt etmiştir. Genel olarak bakıldığında görüşme süresi 30 ile 45 dakika arasındadır.

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 15.0 paket programında yapıldı. Verilerin istatistiksel analizinde, yüzdeler, ortalama ve gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Niteliksel verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan katılımcıların %28,0'ı hemşire, %10,4'ü doktor, %44,5'i idari personelden oluşmuş olup, %39,1'inin cerrahi kliniklerde çalıştığı, %72,5'inin 1-5 yıldır aynı hastanede çalıştıkları, %35,7'sinin bu mesleği 1-5 yıldır yaptıkları, %89,1'inin haftada 40-49 saat çalıştıkları belirlenmiştir.

Tablo 1'de katılımcıların hastanenin hasta güvenlik derecesine ilişkin görüşlerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılanların %35,1'i hastanenin genel olarak hasta güvenlik derecesini "çok iyi", %29,2'si "kabul edilebilir", %5,4'ü "kötü" düzeyde olduğunu belirtmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Hastanenin Hasta Güvenlik Derecesine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Hastanenin Güvenlik Derecesi	Sayı	%
Kötü	11	5,4
Zayıf	31	15,3
Kabul Edilebilir	59	29,2
Çok İyi	71	35,1
Mükemmel	30	14,9
Toplam	202	100,0

Tablo 2’de katılımcıların çalıştıkları pozisyonlara göre hasta güvenliğine ve bildirilen olay sayısına ilişkin görüşlerinin dağılımı verilmiştir. Bu araştırmanın tek yönlü varyans analizine göre ilginç sonuçlar bulunmuştur. Hastanedeki hasta güvenlik derecesi ve personelin çalıştığı pozisyonlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmaya katılan hemşireler hasta güvenlik derecesini düşük bulmuştur. “Hastanede yeterli personel vardır” görüşüne diğer personelin, “yöneticilerin tekrar eden hasta güvenliğini göz ardı etme görüşüne” doktorların, “çalışanlar yetkisi daha fazla olan kişilerin aldıkları kararları ve değişiklikleri rahatça eleştirebilirler” görüşüne hemşirelerin katılmadığı bulunmuştur. Rapor edilen olay sayısı ile çalışılan ünite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin %86,2’si, doktorların %100,0’ü, Diğer sağlık personelinin %58,4’ü, idari personelin %67,8’inin hastalarla doğrudan etkileşimde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3’te katılımcıların çalıştıkları birimlere göre hasta güvenliğine ve bildirilen olay sayısına ilişkin görüşlerinin dağılımı verilmiştir. Benzer farklılıklar hastanedeki hasta güvenlik derecesi ile çalışılan üniteye göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmaya katılanlardan cerrahi kliniğinde çalışanlar hasta güvenlik derecesini düşük bulmuştur. Rapor edilen olay sayısı ile çalışılan ünite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 2. Katılımcıların Çalıştıkları Pozisyonlara Göre Hasta Güvenliğine ve Bildirilen Olay Sayısına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

	Çalışılan Pozisyon				P değeri
	Hemşire	Doktor	Diğer sağlık Personeli	İdari personel	
Rapor edilen olay sayısı	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	p>0.005
Hiç yok	36 (65,5)	7 (36,8)	19 (65,5)	62 (73,8)	
1-2 olay	12 (21,8)	8 (42,2)	6 (20,6)	10 (11,9)	
3-5 olay	4 (7,2)	2 (10,5)	2 (6,9)	6 (7,1)	
6-10 olay	2 (3,6)	2 (10,5)	1 (3,5)	3 (3,5)	
11-20 olay	1 (1,8)	0	0	2 (2,3)	
Hasta Güvenlik derecesi					p<0.005
Kötü	2 (3,5)	1 (5,0)	3 (8,6)	5 (5,5)	
Zayıf	18 (31,5)	2 (10,0)	2 (5,7)	9 (10,0)	
Kabul Edilebilir	19 (33,3)	8 (40,0)	7 (20,0)	25 (27,7)	
Çok İyi	12 (21,2)	8 (40,0)	19 (54,2)	32 (35,5)	
Mükemmel	6 (10,5)	1 (5,0)	4 (11,5)	19 (21,3)	
Hastalarla Doğrudan Etkileşim					
Evet	50 (86,2)	22 (100,0)	21 (58,4)	63 (67,8)	
Hayır	8 (13,8)	0	15 (41,6)	30 (32,2)	

Tablo 3. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Güvenliğine ve Bildirilen Olay Sayısına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

	Çalışılan Birimler				P değeri
	Dahili Birimler	Cerrahi Birimler	Diagnostik Birimler	Diğer Birimler	
Rapor Edilen Olay Sayısı	Sayı%	Sayı %	Sayı %	Sayı %	p>0.05
Hiç yok	13 (68,4)	45 (60,0)	15 (79,0)	48 (68,5)	
1-2 olay	4 (21,0)	17 (22,6)	2 (10,5)	12 (17,3)	
3-5 olay	0	9 (12,0)	2 (10,5)	3 (4,3)	
6-10 olay	1 (5,3)	4 (5,4)	0	3 (4,3)	
11-20 olay	1 (5,3)	0	0	2 (2,8)	
21 ve fazlası	0	0	0	2 (2,8)	
Hasta Güvenlik Derecesi					p<0.05
Kötü	3 (15,7)	3 (3,8)	2 (10,0)	3 (3,8)	
Zayıf	2 (10,5)	21 (26,9)	2 (10,0)	4 (5,1)	
Kabul Edilebilir	10 (52,6)	19 (24,5)	6 (30,0)	22 (28,5)	
Çok İyi	4 (21,2)	24 (30,7)	8 (40,0)	31 (40,2)	
Mükemmel	0	11 (14,1)	2 (10,0)	17 (22,0)	

Tablo 4’de katılımcıların hasta güvenliğine ilişkin sorulara verdikleri cevapların dağılımı verilmektedir. Araştırmanın ikinci (niteliksel) bölümüne toplam 32 kişi katılmıştır. Katılımcıların %40,2’si (13 kişi) hemşire, %18,8’i (6 kişi) ebe, %12,5’i (4 kişi) doktor, %6,2’si (2 kişi) güvenlik görevlisi, %15,5’i yöneticilerden oluşmuştur.

Araştırmanın ikinci bölümünde yapılan içerik analizinde, katılımcıların %59,0’unun hasta güvenliği denildiğinde “Hastayı çevreden gelebilecek zararlardan koruma”, %3,0’ünün yeni moda olarak tanımladığı; %66,6’sının hasta güvenliğinden tüm personelinin sorumlu; %20,0’sinin tıbbi hataların nedenlerinin eğitim yetersizliği olduğunu; %30,0’unun tıbbi hataları çevresi ile olan ilişkileri bozmamak, %20,0’sinin ceza almaktan korktuğu için bildirmeyeceği saptanmıştır. Katılımcıların %30,0’u rapor edilen tıbbi hataların hata yapma oranını azaltacağını, %34,3’ü daha dikkatli çalışmayı sağlayacağını belirtmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Hasta güvenliğine ilişkin Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

Katılımcıların Verdikleri Cevaplar	Sayı	%
Çalışan Personelin Hasta Güvenliği İfadesinden anladıkları Durum		
Hastayı çevreden gelebilecek zararlardan koruma	20	59,0
Hastanın zarar görmemesi	6	17,0
Hastanın iyileşmesinin hızlandırılması	2	6,0
Hastanedeki hijyenin artırılması	2	6,0
Diğer*	4	12,0
Hasta Güvenliğinden Sorumlu Olan Personel		
Çalışan tüm personel	22	66,6
Sağlık personeli sorumlu değildir	2	6,1
Doktor, hemşire, hasta bakıcı	2	6,1
Doktor, hemşire	3	9,1
Yönetim sorumlu	4	12,1
Hasta Güvenliği Kültürü Nedir		
Hataları Önleyici önlemlerin alınması	2	8,7
Hataları Önleyici önlemlerin dışındaki ifadeler	21	91,3

*Sıfır hata, yeni moda, hastanın kendini güvende hissetmesi, hastanın kendini evinde hissetmesi cevaplarını içermektedir.

Tablo 5’de katılımcıların tıbbi hatalarla ilişkili sorulara verdikleri cevapların dağılımı verilmektedir. Araştırmaya katılan katılımcılara tıbbi hataların nedenlerine ilişkin görüşleri sorulduğunda, %20’si eğitim yetersizliği, %15’i dikkatsizlik, %7,5’i hemşire yetersizliği, %7,5’i personel yetersizliği, %2,5’i ekip bilincinin olmamasından kaynaklandığını belirtmiştir. Katılımcılara hataların rapor edilmemesindeki sebepler sorulduğunda, %30,0’u çevresindekilerle ilişkilerin bozulmasını istememeleri, %23,3’ü ceza alma korkusu, %3,3’ü hasta güvenlik kültürü oluşturmada en önemli unsurlardan birisi olan lider eksikliğini belirtmiştir. Katılımcılara tıbbi hataların rapor edilmesinin hizmet kalitesine etkisi sorulduğunda, katılımcıların %34,3’ü daha dikkatli çalışmayı sağlayacağı, %18,8’i çalışma isteğini olumsuz etkileyeceğini belirtmiştir.

Araştırmanın niteliksel verileri sonucunda ilginç cevaplar elde edilmiştir. Niteliksel sorulara verilen cevaplar mesleklere göre incelendiğinde ortaya ilginç sonuçlar çıkmıştır.

Hasta Güvenliği denildiğinde neler anlıyorsunuz? Sorusuna,

Doktor: Yeni moda;

Size hasta güvenliğinden kimler sorumludur? Sorusuna,

Doktor: Hasta güvenliğinden hiçbir sağlık personeli sorumlu değildir;

Kurumunuzda tıbbi hataları rapor etmeyi engelleyen faktörler nelerdir? Sorusuna,

Güvenlik Görevlisi: Düzeltilebilir hataları rapor etmek gerek,

Doktor: Meslektaşını koruma düşüncesi, bazen bu tür hataların istemeden kendimiz tarafından da yapılabileceği düşüncesi, sosyal ilişkiler ve arkadaşlık bağının etkisi ile tıbbi hatalar rapor edilmiyor,

Doktor: Bazı hatalar görmezden geliniyor,

Hemşire: Sürekli yüz yüze bakıldığı için, zamanın büyük bölümü bu çalışma arkadaşıyla geçtiğinden dolayı tıbbi hataları rapor etmede zorlanabilirim,

Hemşire: Kişinin direk olarak suçlanması, iş ortamı ile ilgili sıkıntı yaşama korkusu, ceza alma korkusu,

Hemşire: Ceza uygulamaları,

Hemşire: Yönetici, hasta yakınları tarafından can güvenliğimiz tehdit altında olur,

Hemşire: Kişinin vicdanı,

Hemşire: Ceza uygulanması başkaları tarafından kınanma düşüncesi,

Hemşire: Kişiler arası ilişkiler bugün ona yarın bana diye düşünürüm,

Yönetici: Tıbbi hataları rapor etmeyi engelleyen faktör yoktur,

Yönetici: Tıbbi hataların bildirilmesini engelleyen herhangi bir faktör yoktur;

Tablo 5. Katılımcıların Tıbbi Hatalarla İlişkili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

	Sayı	%
Katılımcıların Verdikleri Cevaplar Tıbbi Hataların Nedenleri		
Eğitim yetersizliği	8	20,0
Dikkatsizlik	6	15,0
Malzeme eksikliği	5	12,5
İstemlerin okunamaması	3	7,5
Örgütlenme bozukluğu	4	15,0
Hemşirenin hatası	2	7,5
Personel/hemşire yetersizliği	4	15,0
Diğer*	8	20,0
Tıbbi Hatayı Rapor Etmede Engelleyici Etmenler		
İlişkilerin bozulmasının istenmemesi	9	30,0
Ceza alma korkusu	7	23,3
Eğitimsizlik	5	16,6
Hataları kendi içinde düzeltme inancı	3	10,0
Diğer**	6	19,8
Tıbbi Hataları Rapor Etmenin Faydaları		
Hata yapma oranı azalır	11	30,3
Kalite artar	5	15,1
Tedbir almayı öğrenirler	5	15,1
Hasta sayısı artar	4	12,1
Sonuç duruma göre değişir	3	9,0
Çalışanların çalışma şevki kalmaz	2	6,0
Oto kontrol gelişir	2	6,0
Kaliteye etkisi olmaz	1	0,3
Tıbbi Hataları Rapor Etmenin Hizmet Kalitesine Etkisi		
Daha dikkatli çalışmayı sağlar	11	34,3
Çalışma isteğini olumsuz etkiler	6	18,8
Sistem daha iyi çalışır	4	12,5
Hataların daha kolay bildirilmesini sağlar	3	9,3
Hataların tekrarını engeller	2	6,2
Kaliteli bakım sağlar	2	6,2
İlişkileri olumsuz etkiler	2	6,2
Hiçbir etkisi yoktur	2	6,2

*İş yoğunluğu, görev belirsizliği, sözel istem verilmesi, hekim hatası, ekip bilincinin olmaması, iş yerinden kaynaklanan iletişim yetersizliği, sistemden kaynaklanan hatalar

**Sistem, Memur olma, Lider eksikliği, İş yoğunluğu, Tıbbi hatayı engelleyen bir faktör yok, hataların tespiti çok zor

Sizce tıbbi hataları rapor etmenin hizmetin kalitesine olan etkileri nelerdir?

Sorusuna,

Güvenlik görevlisi: Hataların rapor edilmesi hizmetin kalitesini etkilemez,

Doktor: Tıbbi hataları rapor etmenin hizmetin kalitesine hiçbir etkisi yoktur,

Doktor: Ciddi, büyük hatalar rapor edilir, küçükleri kendi içimizde çözümlenmelidir,

Hemşire: Zarar küçükse kimseye haber verilmez, büyük ise haber verilir;

Sizce tıbbi hataları rapor etmenin çalışma sisteminize olan etkileri nelerdir?

Sorusuna,

Doktor: Her hata rapor edilirse çalışma isteği kalmaz,

Doktor: Tıbbi hataları rapor etmenin çalışma sistemine hiçbir etkisi yoktur,

Hemşire: Çalışan yerinin değiştirileceği korkusunu yaşar,

Hemşire: Rapor etmek çalışanların ilişkilerini bozar,

Hemşire: Personelin daha dikkatli davranması sağlanarak hatalar engellenebilir,

Yönetici: Tıbbi hataları rapor etmenin çalışma sistemimize etkisi yoktur,

Yönetici: Kişiler ceza alabilirler ama siteme katkısı olumlu olur.

TARTIŞMA

Bu araştırmanın örneklemini Ankara’da bir devlet hastanesinde çalışan 211 kişiden oluşmuştur. Araştırma sonuçları incelendiğinde, hastanenin hasta güvenlik derecesi ile personelin çalıştığı pozisyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmaya katılan hemşireler hastanenin hasta güvenlik derecesini düşük bulmuştur.

Hasta güvenliği açısından son derece önemli bir belirleyici olan çalışan personelin yeterliliği ile ilgili “Hastanede yeterli personel vardır” görüşüne sağlık personeli dışındaki diğer personelin katılmadığı bulunmuştur. Benzer sonuç Handler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da elde edilmiştir (9). Aynı çalışma da “Hastanede yeterli personel vardır” görüşüne eczacı ve hemşireler katılırken diğer personelin katılmadıkları bulunmuştur. “Yöneticilerin tekrar eden hasta güvenliğini göz ardı etme görüşüne” doktorların katılmadığı bulunmuştur. “Çalışanlar yetkisi daha fazla olan kişilerin aldıkları kararları ve değişiklikleri rahatça eleştirebilirler” görüşüne hemşirelerin katılmadığı bulunmuştur. Benzer farklılıklar hastanedeki hasta güvenlik derecesi ile çalışılan üniteye göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Rapor edilen olay sayısı ile çalışılan pozisyon ve üniteler arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Bodur ve Filiz'in (2009) yılında yapmış olduğu çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur (10).

Araştırmanın ikinci bölümünde yapılan içerik analizinde, katılımcıların yarısından fazlası hasta güvenliği denildiğinde “Hastayı Çevreden gelebilecek zararlardan koruma”, ve hasta güvenliğinden tüm sağlık personelinin sorumlu olduğunu belirtmiştir. Kılıç'ın çalışmasında araştırmaya katılanların %29,5'i hasta güvenliğinden tüm sağlık personelinin sorumlu olduğunu düşündüklerini belirtmiştir (2).

Bu araştırma da her beş katılımcıdan birisi tıbbi hataların nedenlerinin eğitim yetersizliği olduğunu belirtmiştir (Tablo: 5). Kılıç'ın (2009) yılında yapmış olduğu çalışmasında da araştırmaya katılan her üç hemşireden birisi ve her iki doktordan birisi tıbbi hataların nedenlerinin hatayı yapan personelin bilgi eksikliğinden kaynaklandığını belirtmiştir (2).

Bu çalışmada katılımcıların belirttikleri “tıbbi hataların bildirilmeme nedenleri” arasında ilk sırada çevresindekilerle ilişkilerin bozulma, ikinci sırada ceza alma korkusu yer almaktadır (Tablo: 5). Bu sonuç hastanede hasta güvenliği kültürünün olmadığını işaret eden bir bulgudur. Benzer sonuçlar literatür de belirtilmiştir. Pepper ve Chiang'in 2006 yılında yaptıkları çalışmada, tıbbi hataların bildirilmeme nedenleri arasında ceza alma korkusu ilk sırada yer alırken, ikinci sırayı arkadaşlık ilişkileri almıştır (11). Hughes ve Lapane'nin yaptığı çalışma da, katılımcıların %30,0'unun tıbbi hataları çevresi ile olan ilişkileri bozmamak, %20,0'sinin ceza almaktan korktuğu için bildirmeyeceği saptanmıştır (12). Bu sonuçlar ülkemizde özellikle devlet hastanelerinde son yıllarda yapılan gelişmelere rağmen hasta güvenliğine ilişkin politika ve prosedürlerin bulunmaması nedeni ile beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık personeli ve sağlık dışı diğer hastane çalışanları yaptıkları bir hatanın bildirim sonucunda başına ne geleceği ile ilgili belirsizlik yaşamakta ve hatayı bildirmemektedir. Bu durum hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, hasta güvenliğine ilişkin politika ve prosedürlerin geliştirilmesi ile ortadan kaldırılabilir.

Katılımcıların tıbbi hataların bildirilmesinin getireceği faydalar konusundaki görüşleri incelendiğinde, her 3 katılımcıdan birisinin “rapor edilen tıbbi hataların hastanedeki hata yapma oranını azaltacağını”, yarıya yakınının(%34,3) daha dikkatli çalışmayı sağlayacağı saptanmıştır (Tablo:5). Sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir. Garbutt ve arkadaşları ile Tighe'ye göre hataların bildirilmesi ile olayların tekrarlanması önlenir ve

hata yapma oranı azaltılabilir (13,14). Kılıç'ın çalışmasında da araştırmaya katılanlar tıbbi hataların bildirilmesi ile hasta güvenliğinin artacağını düşündüklerini belirtmiştir (1,2).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi hasta bakımında daha kaliteli hizmet sunulmasını sağlayacaktır. Ancak bugüne kadar hasta güvenliği kültürüne ilişkin yapılmış çalışmalarda örneklemin sadece sağlık personelinden oluştuğu görülmektedir. Bu çalışmada hasta güvenliğine bir bütün olarak bakılmış ve hastanenin tüm çalışanları örnekleme dahil edilmiştir. Bu araştırmanın sonuçları incelendiğinde, hastanenin hasta güvenlik derecesi ile çalışılan pozisyon ve üniteler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Tıbbi hataların bildirilmesine ilişkin görüşler incelendiğinde, katılımcıların çalıştıkları pozisyon ve ünitelere göre farklılık olmadığı bulunmuştur.

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

1. Bir kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşturulması için bu konunun kurumda çalışan herkes tarafından sahiplenilmesi,
2. Tıbbi hata bildirimine ilişkin ceza alma korkusunu ortadan kaldıran politika ve prosedürlerin hastanelerde yazılı olarak belirlenmesi,
3. Tüm personelin hasta güvenliği konusunda bilgilendirilmesi,
4. Hasta güvenliğini tehdit eden durumların belirlenmesi ve
5. Hasta güvenliği kültürü ile ilgili ölçümlerin belirli aralıklarla yapılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. Bodur S, Filiz, E, Çimen A, Kapçı, C. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutum. Genel Tıp Dergisi 2012;22(2)37-42.
2. Kılıç SH. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği hakkındaki Bilgileri ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi 2009, Ankara.
3. Clarke S. Safety Culture: Underspecified And Overrated? International Journal of Management Reviews, 2000;2(1),65-90.

4. Institute of medicine (IOM). Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Washington, DC: National Academy Press, 2004.
5. Institute of Medicine (IOM), Committee on Quality of Health Care of America. In: Kohn L. T, Corrigan JM, Donaldson MS, (Eds.) To Err Is Human: Building A Safer Health System. Washington D.C.: National Academy Press, 1999.
6. Rosenstock L, Lipscomb J, Infection Control and Hospital Epidemiology. The Society for Health Care Epidemiology of America, 1997;18 (6),1-10.
7. Woods D, Johannesen L, Cook R, Sarter N, Behind Human Errors: Cognitive Systems, Computers, and Hindsight. Crew Systems Ergonomic Information And Analysis Center, Wright Patterson Air Force Base, Dayton, OH. 1994.
8. Sayek F. Hasta güvenliği: Türkiye ve dünya. Birinci baskı, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2011.
9. Handler SM, Castle NG, Studenski SA, Patient Safety Culture Assessment İn The Nursing Home. Qual Saf Health Care 2007;15(6):400-404.
10. Bodur S, Filiz E. A Survey On Patient Safety Culture In Primary Health Care Services In Turkey. International Journal for Quality in Health Care Advance, 2009,21(5)348-55.
11. Pepper GA, Chiang HY, Barriers to Nurses' Reporting of Medication Administration Errors in Taiwan. Journal of Nursing Scholarship, 2006;38(4) 392-399.
12. Hughes CM, Lapane KL. Nurses' and Nursing Assistants' Perceptions Of Patient Safety Culture In Nursing Homes. Int J Qual Health Care 2006;18(4):281-286.
13. Garbutt J, Brownstein DR, Klein JE, Waterman A, Kraus MJ, Marcuse EK, Reporting and Disclosing Medical Errors. Arch Pedi Adolescent Med 2007;161:179-185.
14. Tighe C, Woloshynowych M, Brown R, Wears B, Charles V, Incident Reporting In One UK Accident and Emergency Department. Accident Emergency Nursing 2006;14,27-37.

AÇLIK VE YOKSULLUĞUN ÇOCUKLARDA SALDIRGANLIK VE ŞİDDET DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ

Aliye ÖZENOĞLU¹, Gökçe ÜNAL²

ÖZET

Çocuk suçluluğu bütün dünyada, hem ortaya çıkış biçimi hem de sonuçları açısından önemli bir sosyal problemdir. Çocuğun suça yönelmesinde açlık, yoksulluk, işsizlik, toplumsal yapının hızla değişmesi gibi olumsuz çevre koşulları önemli rol oynamaktadır. Yoksulluğun çocuk sağlığı üzerindeki etkileri arasında beslenme yetersizliğine bağlı büyüme ve gelişme geriliği kadar, ruhsal ve davranışsal sorunlar da önemli yer tutmaktadır. Sinir sisteminin gelişimi ve normal fonksiyonları için gerekli olan elzem amino asitlerin, yağların, mikro besin maddelerin yetersizliği, fiziksel ve zihinsel gelişimlerini olumsuz yönde etkileyerek hiperaktivite, huzursuzluk, saldırganlık ve madde kötüye kullanımı gibi çok sayıda psikososyal soruna neden olabilmektedir. Bu derlemede, açlık ve beslenme yetersizliğinin yol açtığı hormonal-biyokimyasal-metabolik değişikliklerin beyin gelişimi, duyu durumu ve insan davranışı üzerine etkilerinin araştırılması ve olası çözüm önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Açlık, Beslenme Yetersizliği, Beyin Gelişimi, Duygu Durumu, Saldırganlık

RELATIONS OF HUNGER AND POVERTY IN CHILDREN WITH AGGRESSION AND VIOLENCE BEHAVIORS

ABSTRACT

Juvenile delinquency in the whole world, both in terms of the patterns and results is a major social problem. In turning to crime, child hunger, poverty, unemployment, adverse environmental conditions such as rapidly changing social structure plays an important role. Among the effects of poverty on children's health due to insufficient nutrition, not only growth and developmental delay, but also emotional and behavioral problems has an important place. Lack of the essential amino acids, fats and micro-nutrients required for normal development and function of the nervous system can cause a number of psychosocial problems such as hyperactivity, restlessness, aggression and substance abuse by affecting adversely the physical and mental development. In this review, we aimed to investigate the effects of hormonal-biochemical-metabolic changes caused by hunger and nutritional deficiencies on brain development, human mood and behavior and to develop possible solutions.

Key Words: Hunger, Nutritional Insufficiency, Brain Development, Mood, Aggression

¹ Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun SYO, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

² Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun Sağlık Yüksek Okulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

İletişim/Corresponding Author: Aliye ÖZENOĞLU

Tel: 05446486726 **e-mail:** aozenoglu@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received : 12.11.2014

Kabul Tarihi / Accepted : 07.01.2015

GİRİŞ

Modern çağla birlikte sosyal bir terim olarak kullanılan yoksulluk, başta maddi olmak üzere insanın yaşadığı zamana göre belirlenen asgari ihtiyaçlarının karşılanamaması durumunu olarak tanımlanır (1). Açlık, besin yoksulluğuna karşı organizmanın cevabı olup, yoksulluğun doğal bir sonucudur.

Çocuk yoksulluğu, bazı yazarlara göre, çocukların geliri olmaması nedeniyle “yoksul” olarak kabul edilmemesi de, çoğunlukla onları yetiştiren yetişkinlerin yoksulluğunun bir ürünüdür (2). Yoksul aileler, çocuklarının yaşama, zihinsel ve bedensel gelişme açısından ihtiyaçlarını karşılayamamalarının yanı sıra çocukların sömürülmesi, istismar, şiddet ve ayrımcılığa uğraması gibi sosyal sorunlar ile de karşı karşıya kalırlar.

Çocukların fiziksel, duygusal gelişimlerini sağlayamayan aileler, yoksulluğun geleceğe aktarılmasına neden olmaktadır. Bir toplumun geleceğini oluşturan çocukların her yönden sağlıklı ve donanımlı yetiştirilememiş olması toplumsal gelişime de ket vurmaktadır. Bu nedenle çocuklar için en büyük risklerden birisi yoksulluktur.

Çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere 1 milyar çocuğun yaşamı yoksulluk içinde geçmektedir. Yoksulluk, milyonlarca çocuğu, pahalı olmayan ilaçlar ve aşılarla kolaylıkla önlenebilecek ve tedavi edilebilecek hastalıklara karşı savunmasız duruma düşürmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan beş yaşından küçük çocukların %16’sı ileri derecede beslenme yetersizliği içindedir. İçme suyu olarak sadece yüzeysel sulara veya evleri en yakın su kaynağına 15 dakika uzaklıkta yaşayan çocukların oranı %20’dir. Özel ve umumi tuvaletlerin olmadığı hanelerde yaşayan sağlıklı yaşam olanaklarından uzak çocukların oranı %34 olup 500 milyondan fazla çocuğu kapsamaktadır. Herhangi bir hastalığa karşı aşılınmayan, herhangi bir hastalığa yakalanmış ve tıbbi müdahale görmemiş, sağlık kuruluşlarına ulaşamayan 265 milyon çocuk sağlık sorunlarıyla karşı karşıyadır (2-5). 7-18 yaş grubu çocukların %13’ünün eğitim mahrumiyeti, 3-18 yaş grubu çocukların ise % 25’inin bilgi mahrumiyeti yaşadıkları bildirilmiştir (2,5).

Bu makalede yoksulluğun çocuk sağlığı ve gelişimi üzerine etkileri yanında, bazı besin ögesi eksikliklerinin saldırganlık ve şiddet içeren davranışların oluşumundaki etkileri açıklanmıştır.

I. ÇOCUK YOKSULLUĞU VE ETKİLERİ

Türkiye’de yoksulluk riski altında bulunan 17 yaşından küçük çocukların oranı Norveç, Danimarka, Bulgaristan, Romanya, Yunanistan’a kıyasla daha yüksek (%34) bulunmuştur (6). Yoksul aileler çocuklarına gelişimleri için yeterli imkânı veremedikleri gibi onları erken yaşta çalışmaya teşvik etmektedirler. Çocuklar ya okula hiç gitmemekte veya çalıştırılmak üzere okuldan alınıp işe verilmektedirler. Yoksulluk, çocuklarda beslenme yetersizliğine ve etkileri yaşamın daha ileri dönemlerinde de devam edecek olan ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2012 istatistiklerine göre bebek ölüm hızı 1000 canlı doğumda 7,4 ve beş yaşından küçüklerde ölüm hızı 11’dir. (7) Bodurluk oranı ise %10,3’e düşürülebilmesine rağmen, kırsal alanlarda %17’ye, doğuda ise %24’e yükselmektedir. 15-26 yaş aylık çocuklarda tam bağışıklık oranı %75 iken, doğuda oran %64’e gerilemektedir (8,9).

Beslenme bozuklukları vücut direncini azaltarak, özellikle enfeksiyon hastalıklarının ağır seyretmesine, hatta öldürücü olmasına neden olmaktadır. Özellikle protein, demir, iyot, çinko, esansiyel yağ asitleri ve vitamin yetersizlikleri fiziksel olduğu kadar, ruhsal ve davranış gelişimi üzerine de etkili besin öğeleridir. Beslenme yetersizliğinin erken çocukluk döneminde başlayarak kronikleşmesi hem boy kısalığı ve bodurluğa yol açmakta, hem de beyin gelişimini olumsuz yönde etkileyerek okul yıllarında öğrenme güçlüklerine ve davranış bozukluklarına zemin hazırlamaktadır (3,4).

Çocukların biyo-psikososyal, duygusal ve entellektüel gelişimleri çevresel ve genetik faktörlerden etkilenmektedir. Beyin gelişimi intrauterin hayatta başlamakta ve adolesan çağı boyunca da devam etmektedir. Sık geçirilen enfeksiyonlar, yoksulluk, sevgi ve uyaran eksiklikleri bu gelişimi olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir. Bütün bunlara ek olarak demir, iyot ve annedeki folik asit eksiklikleri gibi mikrobeyin eksiklikleri de sinir sistemi gelişimini ciddi şekilde bozmaktadır. Beynin önemli bölümünün ve beyin hücrelerinin çoğunun doğum öncesi dönemde oluşması, sinir bağlantılarının yapılaşmasının ise yaşamın ilk iki yılında gerçekleşmesi nedeniyle ilk iki yıl içinde çocuğun fiziksel sağlığı, mizacı, uyumu ile aileden gördüğü sevgi ve destek onun gelişiminde önemli rol oynamaktadır (10). Tablo 1’de, Çocuklarda yoksulluğun neden olduğu sonuçlar özetlenmektedir.

Tablo I: Yoksulluk ve Etkileri

Yoksulluk Ögeleri	Ara Faktörler	Sağlık Sonucu
Parasal yetersizlik	Yetersiz sağlık bilgisi	Sık hastalık
Birikim olmayışı	Sık ve çok doğum	Ağır bulaşıcı, kronik hastalık
Sağlıksız çevre	Alkol, sigara	Sakatlık
Sağlıksız kalabalık konut	Yetersiz beslenme	Sık erken ölüm
Sosyal güvencenin olmayışı	Yetersiz koruyucu sağlık hizmeti	Anne ve bebek ölümleri
Sınırlı eğitim	Yetersiz tedavi edici hizmet	Kalıtsal hastalık
İşsizlik	İlaç almama	Düşük doğum ağırlığı
Çocuk işçiliği	Kimyasallara maruz kalma	Ruh hastalıkları
Ağır çalışma koşulları	Suç, yasa dışı davranış	Çeşitli madde bağımlılığı
Göç	Sağlık hizmetlerine erişememe veya kullanamama	İntihar
Marjinal yaşam		Kaza
Yabancılaşma		Obezite
Dışlanmışlık, güçsüzlük		Protein Enerji Malnutrisyonu Şiddet

Dedeoğlu N. Sağlık ve Yoksulluk. Toplum ve Hekim Dergisi 2004; 19 (1): 51-53.

II. AÇLIĞA UYUM

Beslenme, insanın en doğal ihtiyaçlarından biridir ve bu yolla insan gereksinim duyduğu besin öğelerini almaktadır. Yetersiz besin ve dolayısıyla yetersiz enerji alındığında, vücutta var olan besin depoları, organizmanın gereksinimini karşılamak üzere çeşitli mekanizmalar aracılığı ile kullanılmaktadır. Bu dönemde metabolizma yavaşlar ve organizma bir tür “biyolojik depresyon” dönemine girer. Enerji yetmeyince birçok dokudaki “insülin reseptörü” daha az çalışır ve organizma bu sayede tasarruf ettiği glikozu beyine göndermeye çalışır. Bu dönemde başta büyüme ve metabolizma olmak üzere tüm işlevlerde tasarruf yapılmaya çalışılır. Uzun süreli açlık çeken organizmada bütün bu değişimler gözle görülebilir; çünkü insan organizmasındaki “büzülme” hemen insan davranışlarına da yansır. Yoksul bedeni güçsüz, dermansız, ezik, kısıtlanmış, güvensiz ve isteksiz bir görünüm olarak açlığa adaptasyon sağlamaya çalışır. Diğer taraftan yoksullar sadece açlık, hastalık, soğuktan

donma vb. tehlikelerle karşı karşıya olmayıp; aynı zamanda onurlarına, özsaygılarına ve özgüvenlerine yönelen bir tehditle, sembolik şiddetle de karşı karşıyadırlar.

III. ÇOCUKLARDA AÇLIĞIN DAVRANIŞ VE DUYGU DURUMLARINA ETKİSİ

Yoksulluğun ve açlığın biyolojik etkileri kadar psikososyal ve davranışsal etkileri de önemlidir. Yoksul ailelerin çocuklarının psikososyal gelişimleri geri kalmakta ve duygusal, düşünsel ve davranışsal sağlık sorunları daha fazla görülmektedir. Yapılan çalışmalarda bu çocuklarda “öğrenme güçlüğü” “anksiyete” “depresyon” “intihar” ve “hiperaktivite” riskinin arttığı saptanmıştır. Yoksul çocukların algılama fonksiyonlarındaki düşme ve öğrenme kapasitelerindeki azalma nedeniyle okul başarılarının düşük olduğu gözlenmektedir. Ayrıca zekâ gerilikleri, dikkat ve özgüven eksikliği, uyarıcı ya da uyuşturucu madde kullanımı, ailede boşanma veya alkolizm gibi çatışmalar da başarısızlık nedeni olabilmektedir (1,11).

Yoksulluk ve buna bağlı yetersiz yaşam koşulları ile ailelerinden yeterince sevgi ve ilgi görmemeleri stres hormonlarının düzeyini değiştirerek çocukların gelişimini olumsuz etkilemektedir (11-13).

1795 çocuğun dahil olduğu bir kohort çalışmasında, çocukların malnutrisyon ve bilişsel gelişim düzeyleri 3 yaşından 11 yaşına kadar ölçülmüş, antisosyal saldırgan ve hiperaktif davranış durumları ise 8,11 ve 17 yaşlarında değerlendirilmiştir (14). Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, 3 yaşında iken malnutrisyon belirtileri gösteren çocukların 8 yaşına geldiğinde daha agresif veya hiperaktif olduğu, 11 yaşına geldiğinde sorunlarını daha fazla dışa vurduğu, davranış bozuklukları ve aşırı motor aktivite gösterdiği görülmüştür. Bu sonuçlar erken çocukluk dönemindeki malnutrisyonun, çocukluk ve adolesan dönemindeki davranışları etkileyebileceği ve davranış problemlerine yatkınlığı artıracağını göstermektedir. Bu bulgular, erken malnutrisyonun azaltılmasının antisosyal ve saldırgan davranışları azaltmaya yardımcı olabileceğini düşündürmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde protein ve enerji alımının zihinsel gelişime etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, yetersiz beslenmenin kısa ve uzun dönemde bilişsel ve davranışsal bozukluklar ile ilişkili olduğu görülmüştür. Çalışmada 24. aydan itibaren yapılan suplementasyonun yararlı olacağı belirtilmiştir (15).

IV. BESİN ÖGESİ YETERSİZLİKLERİNİN DUYGU VE DAVRANIŞLAR ÜZERİNE ETKİLERİ

Açlık, organizmadaki birçok sistemi etkileyen ve bu sistemlerde kalıcı izler bırakan travmatik bir durumdur. Bu durumdan başta endokrin, bağışıklık ve sinir sistemi olmak üzere birçok sistemi etkiler. Açlığın biyopsikososyal etkileri yaşamın sonraki dönemlerinde de kendini gösterir. Bir başka deyişle yoksulluğa bağlı bu “içsel/hormonal” şiddetin yanı sıra bir “duygusal şiddet” durumu da ortaya çıkmaktadır.

Aşağıda açlık sonucu oluşan aminoasit, yağ asitleri, vitamin ve mineral yetersizliklerinin saldırganlık ve şiddet içeren davranışlar üzerine etkileri açıklanmıştır.

A. Aminoasit Yetersizliklerinin Etkileri

Aminoasitlerin saldırganlık ve şiddet içeren davranışlarda etkili olduğu bilinmektedir. Saldırganlık ve şiddet ile en fazla ilişkilendirilen aminoasit triptofandır. Triptofan, serotonin öncüsü elzem bir aminoasittir. Bir nörotransmitter olan Serotonin eksikliği saldırgan davranışların ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Düşük miktarda triptofan içeren diyetle beslenildiğinde vücutta serotonin düzeyi düşer. Buna bağlı olarak saldırgan davranışlar artar. Dürtüsel şiddet suçu ve intihar davranışlarının merkezi sinir sisteminde serotonin aktivitesinde azalma ile ilişkili olduğu bilinmektedir (16). Sanayileşmiş ülkelerde diyetle triptofan alımı ve intihar oranları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, genel ve yaşlı erkek ve kadın popülasyonunda intihar oranları ve diyet triptofan alımları karşılaştırılmış (17), triptofan alımı ile ulusal intihar oranları arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Antisosyal şiddet suçlularının serotonin prekürsörü olan plazma serbest L-triptofan düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, triptofanın temel metaboliti olan kinürenin düzeylerinin bu suçlu bireylerde artmış olduğu görülmüştür (18). Bu bulgular şiddete başvuran bireylerde triptofan metabolizmasının bozulmuş olabileceğini göstermektedir.

B. Yağ Asitleri Yetersizliklerinin Etkileri

Esansiyel yağ asitleri eksikliğinin saldırgan davranışlar ve benzer diğer sorunlar için bir risk faktörü olduğu ileri sürülmektedir. Dürtüsellik, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve şiddet ile karakterize bozukluklarda esansiyel yağ asitleri suplementasyonunun olumlu etki yarattığı kabul edilmiştir (19,20). Omega-3 ve omega-6 yağ asitleri, beyinde

yüksek düzeylerde bulunan temel diyet bileşenleridir. Yapılan çalışmalarda bir omega-3 yağ asidi olan dokosaheksaenoik asit (DHA) suplementasyonunu takiben agresif davranışlarda azalma olduğu bildirilmiştir (21,22).

Epidemiyolojik çalışmalarda aşırı şiddet davranışı olan cinayet, bir saldırganlık ölçütü olarak kabul edilmektedir. Bir çalışmada, genç erkeklerde balık yağı suplementasyonunun stres belirteçleri artışını (plazma epinefrin, kortizol, enerji harcaması) önlediği bulunmuştur (23). Yapılan klinik çalışmalarda da DHA suplementasyonunun stres kaynaklı saldırganlık davranışını önlediği gösterilmiştir (24,25).

Glutamat, dopamin ve gamma-aminobütirik asit (GABA) arasındaki etkileşimlerin arzu, dürtüsellik ve duygu kontrolü gibi fonksiyonların düzenlenmesinde etkili olduğu ileri sürülmüştür. Omega-3 yağ asitlerinin davranışlara etkisini göstermek üzere 3 mekanizma önerilmektedir:

İlki dopaminerjik nörotransmisyon üzerine etkisidir (26-28). Ratlar üzerinde yapılan bir çalışmada, diyet kaynaklı DHA eksikliğinin beyinde dopamin nörotransmisyonunda anormalliklere yol açtığı görülmüştür. Omega-3 ün yanı sıra omega-6 yağ asidi olan araşidonik asit (AA) düzeyi de omega-6 / omega-3 oranı dengesi açısından önemlidir.

İkincisi omega-3 ün melatonin üzerine etkisidir. Melatonin, gece yüksek miktarlarda ritmik olarak salgılanan epifiz bezinin bir nörohormondur. Epifiz bezi, aynı zamanda çoklu doymamış yağ asitleri (ÇDYA)'ni biyoaktif lipid aracılara dönüştürebilir. Bu araçılardan bazıları melatonin salınmasını düzenlemektedir. Hamsterlar üzerinde yapılan bir çalışmada, beyin zarlarında omega-3 eksikliği sonucu oluşan AA / DHA oranı artışının diğer beyin yapılarına kıyasla epifiz bezinde daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bu hamsterlarda, melatonin ritminin azalmasından kaynaklanan epifiz melatonin içeriği gece boyunca %52 oranında azalmıştır. Omega-3 ÇDYA eksikliği olan hamsterlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada değişen melatonin fonksiyonunun sirkadiyen ritmi zayıflatarak uyku bozukluklarında rol oynayabileceği ileri sürülmüştür (29). Otistik bozukluğu olan hastaların düşük plazma DHA düzeyleri gösterdikleri (30) ve melatonin fizyolojisindeki anormalliklere bağlı olarak ortalama 6-sulfatoksimeatonin atımlarının anormal derecede düşük olduğu ve bunun da sirkadiyen ritim disregülasyonuna neden olduğu görülmüştür (31). Bu nedenle, omega-3 ÇDYA eksikliği olan hayvanlarda ve hiperaktivite bozukluğu olan insanlarda görülen hiperaktif davranışların kısmen de olsa omega-3 ÇDYA eksikliğinin pineal fonksiyon ve sirkadiyen ritme olan etkilerinden kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür.

Üçüncü mekanizma da striatumdaki melatonin/dopamin etkileşimleridir. Çalışmalarda melatoninin dopaminerjik yolların düzenlenmesinde etkili olduğu gösterilmiştir (32).

Araştırmalar azalmış serum kolesterol düzeylerinin de şiddet davranışı riskini artırabileceğini göstermektedir. Psikiyatrik hastalar ve suçlular üzerinde yapılan çalışmalar ve toplum çalışmaları düşük kolesterol düzeyinin şiddet ile ilişki olduğunu göstermektedir (33,34). Şizofreni tanısı ile yatarak tedavi gören hastalardaki saldırganlığın serum kolesterol düzeyleriyle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, düşük kan kolesterol düzeyleri ile şizofrenide görülen saldırganlık arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır (34). Kolesterol ve antisosyal/şiddet davranışlarını birbirine bağlayan mekanizmalar bilinmemektedir. Düşük kolesterollü diyetle beslenen maymunların, yüksek kolesterol diyeti ile beslenenlere oranla beyin omurilik sıvısı(BOS)'da serotonin düzeyleri düşük bulunmuştur (35). Düşük kolesterol düzeyinin serotonin fonksiyonunu etkilediği ileri sürülmektedir.

C. Mikro Besin Ögesi Eksikliklerinin Etkileri

Çalışmalarda vitamin ve mineral suplementasyonunun şiddet ve şiddet dışı anti-sosyal davranışların sıklığını azalttığı görülmüştür. Anti-sosyal davranışların oluşumunda mikro besinlerin sublinik eksikliklerinin oynadığı rolü belirleyebilmek için altta yatan mekanizmalarla ilişki kurmak gerekmektedir. En fazla düşünülen mekanizma mikro besinlerin saldırgan davranışları modüle etmede etkili olduğu bilinen nörotransmitterlerin metabolizmasında rol oynadığıdır (36).

1.Vitamin Yetersizliklerinin Etkileri

Literatürde yağda çözünen vitaminlerin antisosyal veya şiddet içeren davranışlara etkisini gösteren çalışmaların büyük çoğunluğu D vitamini eksikliğine odaklanmıştır. Vitaminlerin davranışlara etkisi araştırılan çalışmalara bakıldığında, çoğunlukla nörotransmitter sentezinde doğrudan veya dolaylı olarak etkileri olan suda çözünen vitaminlerin eksikliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

D Vitamini Yetersizliğinin Etkileri: Yağda çözünen vitaminlerin duygu durumuna etkilerine ilişkin çalışmalarda çoğunlukla D vitamininin etkisi araştırılmıştır. D vitamininin kemik sağlığının korumasındaki rolünün yanı sıra insan vücudunda pek çok biyokimyasal mekanizmalarda rol oynadığı bir gerçektir. Beyin de dahil olmak üzere birçok dokuda D vitamini reseptörleri bulunmaktadır. D vitamini eksikliği ile ilişkili hücre sinyal anormallikleri, bu vitaminin eksikliği nedeniyle artan hastalık risklerinden sorumlu

tutulmaktadır. Bu hastalıklardan birisi de duygu durum bozukluklarıdır. Çeşitli çalışmalarda D vitamini eksikliği ile majör depresif bozukluk, mevsimsel affektif bozukluk, premenstrüel sendrom ve diğer depresif bozukluklar arasında bir ilişki olduğu ileri sürülmüştür(37). Kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, D vitamini suplementasyonunun depresif semptomları azalttığı gösterilmiştir (38).

Suda Çözünen Vitamin Yetersizliklerinin Etkileri: B kompleks vitaminleri koenzim olarak sinir sisteminin enerjisini sağlayan reaksiyonlarda önemli bir rol oynamaktadır. (Tablo II) B grubu vitaminleri serotonin gibi önemli nörotransmitterlerin sentezinde rol oynamaktadır. Bir çalışmada B grubu vitaminlerinin ergen ruh sağlığı ve davranışı üzerindeki etkisi incelenmiş; B1, B2, B3, B5, B6 ve folik asit vitaminlerinin düşük miktarda alınımının dışa yönelim davranış bozukluklarını arttırdığı, B6 ve folik asitin düşük miktarda alınımının ise içe yönelim davranış bozukluklarını arttırdığı görülmüştür (39). C vitamini eksikliğinin de duygudurum bozukluklarında etkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada akut olarak hastanede yatan hastalarda C vitamini eksikliği prevalansının yüksek olduğu, bu hastalarda C vitamini tedavisinin plazma ve mononükleer lökosit C vitamini konsantrasyonlarını artırdığı ve duygudurum bozukluğu prevalansında % 34 azalma sağladığı görülmüştür (40).

Tablo II: Suda Çözünen Vitamin Eksikliklerinin Duygu ve Davranışlara Etkileri

Vitamin	Eksikliğinin davranışlara etkileri
B ₁ vitamini	Yorgunluk, ruhsal değişiklikler (örneğin, ilgisizlik, kısa süreli bellekte azalma, konfüzyon ve sinirlilik), görmede sorunlar.
B ₂ vitamini	B2 eksikliği sıklıkla diğer mikro besin eksikliklerine eşlik eder. Şiddetli B2 eksikliği, B6 vitamini metabolizmasını ve triptofanın niasine dönüşümünü bozabilir.
B ₆ vitamini	Depresif ruh hali ve nörolojik bozukluklar
B ₁₂ vitamini	Yorgunluk ve halsizlik, sinirlilik, depresif ruh hali, hafıza kaybı, zihinsel karışıklık, oryantasyon bozukluğu konsantrasyon kaybı.
Folik asit	Depresyon, uykusuzluk, unutkanlık ve konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, halsizlik, yorgunluk ve anksiyete.
Biyotin	Sinirlilik, depresif ruh hali, merkezi sinir sistemi anomalileri
Nikotinamid	Sinirlilik, halsizlik, zihinsel karışıklık ve baş dönmesi
Pantotenik asit	Sinirlilik ve huzursuzluk, yorgunluk, ilgisizlik ve halsizlik, uyuşma, kas krampları gibi nörobiyolojik belirtiler, miyelin dejenerasyonu
C vitamini	Halsizlik, yorgunluk, depresyon

Huskisson E, Maggini S, Ruf M. The role of vitamins and minerals in energy metabolism and well-being. J Int Med Res 2007;35: 277-89.

2. Mineral Yetersizliklerinin Etkileri

Birçok mineralin eksikliğinin davranış bozukluğu ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Başlıca demir, çinko, lityum ve magnezyum merkezi sinir sistemi (MSS)'ne etkileri olduğu bilinen minerallerdir.

Demir eksikliği: Sanayileşmiş toplumlarda en sık görülen mineral yetersizliğidir. Özellikle küçük çocuklar, ergenler ve gebe kadınlar demir eksikliği yönünden daha riskli gruplardır. Demir eksikliğinin beyin fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Beyinde önemli bir nörotransmitter olan Dopaminin beyindeki metabolik yollarında önemli ölçüde demir konsantre edilir. Hayvan çalışmalarında demir yetersizliğinin dopamin nörotransmisyonunu azaltarak öğrenme eksiklikleri ve buna bağlı davranış bozuklarına neden olabileceği gösterilmiştir (41). Demir ayrıca, davranış üzerinde güçlü etkileri olan serotonin ve norepinefrin metabolizması için de enzim kofaktörü olarak gereklidir. Kanıtlar demir eksikliğinin saldırgan davranış sendromunun ortaya çıkmasında önemli bir etken olabileceği yönündedir. Çalışmalarda, agresif davranışları ve davranış bozukluğu olan çocuklarda ve suça yönelen ergenlerde demir eksikliği olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, DEHB olan, demir eksikliği olmayan çocuklarda, demir suplementasyon tedavisinden sonra bilişsel ve davranışsal iyileşme olduğu gösterilmiştir (42).

Çinko eksikliği: Nöronal plastisite üzerine yapılan çalışmalar, çinko eksikliği ve sosyal izolasyonun nöronal plastisiteyi olumsuz etkilediğini göstermektedir. Her ikisi de major depresyon ile ilişkili bulunmuş ve ikisinin bir arada olduğu durumlarda depresyon değil, saldırganlık ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yani çinko eksikliği sosyal izolasyon ile birlikte olduğunda saldırganlığa yol açmaktadır (43).

Lityum eksikliği: Lityumun farmakolojik dozlarda alınmasının, kendine zarar verme davranışı da dahil olmak üzere anormal saldırgan davranışları azaltabileceği ile ilgili önemli kanıtlar vardır. Lityum hastanede yatan saldırgan tip davranış bozukluğu olan, beyin hasarı ve mental geriliği olan agresif, kavgacı veya kendine zarar verici davranışlarda bulunan çocuklarda başarıyla kullanılmaktadır (44).

Magnezyum eksikliği: Hafif düzeyde magnezyum eksikliğinde dahi gürültüye duyarlılık, sinirlilik, huzursuzluk, ruhsal çöküntü, konfüzyon, kas seğirmesi, titreme, endişe ve uykusuzluğun arttığı bilinmektedir. İnsanlarda magnezyum eksikliği, katekolamin salgısını ve strese duyarlılığı artırarak saldırgan davranışları teşvik edebilir. Katekolamin artışı hücre içi magnezyum kaybına neden olarak magnezyumun idrarla atımını artırır (45).

V. PRE-PROBİYOTİKLERİN ETKİLERİ

İntestinal floranın bağışıklık sisteminin maturasyonu ve enerji metabolizmasının düzenlenmesini etkileyerek konağın sağlığında önemli rol oynadığı bilinmektedir. Giderek artan kanıtlar mikrobiotanın beyin fonksiyonları ve davranışları da etkileyebileceğini ortaya koymuştur (46,47). Bağırsak ve beyin arasındaki bu çift yönlü iletişimde (bağırsak-beyin eksenini olarak da bilinir) bağırsak, beyin gelişimi ve biyokimyasını etkilerken, beyin de gastrointestinal fonksiyonları etkilemektedir.

Probiyotik ve prebiyotikler, bağırsak içeriğinin bileşimi üzerine pozitif etkiler sağlayabilen ve böylelikle konağın sağlığı olumlu yönde etkileyen diyet bileşenleridir. Çeşitli çalışmalar pre-probiyotiklerin beyin fonksiyonları ve davranışları düzenleyebildiklerini göstermiştir. Bu çalışma sonuçlarına dayanarak, psikiyatrik bozukluğu olan hastalar tarafından yeterince tüketildiğinde sağlık yararları ortaya çıkartan bu canlı organizmalara kısa bir süre önce “psikobiyotik” deyimini kullanılmaya başlanmıştır (47,48).

Bağırsak florası bebeklikten yetişkin döneme kadar beslenmeye bağlı olarak büyük değişiklik ve gelişim gösterir. Beslenme yetersizliği ve dengesizliği bağırsak florası bozarak hem bağışıklık sistemini ve hem de santral sinir sistemini olumsuz yönde etkilemekte, böylece depresyon, anksiyete, davranış bozukluklarına neden olabilmektedir.

VI. HORMONLARIN DAVRANIŞLAR ÜZERİNE ETKİLERİ

Açlık sırasında insüline zıt etki gösteren hormonlar olan glukagon ve katekolaminler salgılanarak, önce karaciğerdeki glikojeni, sonra yağ dokusunu son olarak da kas dokusunu yıkarlar. Şiddetin en önemli özelliği “yıkıcılık” olduğuna göre, açlık biyolojik/hormonal bir şiddet olarak tanımlanabilir (49).

Testosteron düzeyi yüksekliğinin saldırganlık ile ilişkili olduğunu bilinmektedir (33). Kadın suçluların progesteron düzeyinin düşük olduğu, menstrüal döngü fazında suç işlemeye daha çok meyilli oldukları görülmüştür. Saldırganlık, östrojenler ve progesteron düzeylerinin yüksek olduğu ovülasyon fazında azalmaktadır(50). Ancak, yalnızca testosteron yüksekliğinin saldırganlık davranışların oluşumunda etkili olmadığı, beynin kimyasal serotonin düzeyinin düşüklüğü ile birlikte saldırgan davranışlara neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çevresel faktörler de testosteron seviyeleri üzerinde etkili olmaktadır. Kortizol gibi diğer hormonların da erkek çocuk ve ergenlerde sürekli ve kalıcı saldırgan davranışlar ile ilişkili bulunmuştur (51,52).

VII. NÖROTRANSMİTTERLERİN DAVRANIŞLAR ÜZERİNE ETKİLERİ

Nörotransmitterler beynin iletilerinin bağlandığı yer olan sinapslarda görev almaktadırlar. Nörotransmitterlerin yetersizliğinde beden çeşitli tepkiler vermektedir.

Serotonin: Triptofan amino asidinden oluşmaktadır. Duygu ve davranışların düzenlenmesinde rolü vardır. Eksikliğinde bireylerde baş ağrısı, uyku düzensizlikleri, halsizlik, ağrıya duyarlılık, agresif davranışlar, depresyon görülür. Araştırmalar genel olarak, serotoninin beyinde inhibe edici bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Saldırgan davranışları inhibe etmedeki rolü bu bakımdan önemlidir (53). Serotonerjik disfonksiyonun hayvanlarda ve insanlarda agresif davranışlar ile ilişkili olduğu bilinmektedir. İnsanlarda yapılan çalışmalarda, 5-hidroksiindolasetik asit(5-HIAA, serotonin metaboliti) konsantrasyonunun sürekli agresif davranışlar gösteren kişilerde, şiddet içeren intihar girişimleri, dürtüsel cinayet ve yeniden suç işleme eğilimi gösteren katillerde düşük olduğu görülmüştür (53).

Dopamin: Dopaminerjik sistem; davranışların gerçekleştirilmesi, güdülenen davranışların ve kendini ödüllendirme mekanizmalarında görevlidir. Ayrıca, agresif davranışların modülasyonunda bir rol oynamaktadır. Hayvan çalışmalarında, dürtüsel saldırgan davranışların artışının dopamin sistem hiperaktivitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (53).

Norepinefrin: Uyku ritm düzeni, dikkat, uyanıklık, karar verme yetisi ile ilgilidir. Stres altında norepinefrin yapımı azalmakta ve stresin uzaması halinde depresyon gelişebilmektedir (54).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuk yoksulluğu faaliyetlere, hizmetlere ve fırsatlara erişimin sınırlandırılmasıyla çocukluk yaşantısına zarar vermekte, çeşitli risklerle karşı karşıya kalmayı artırmaktadır. Aileleri bu çocuklara yeterli bakımı ve desteği sağlayamamakta, bunun sonucunda çocuklar kazalara, ihmal ve istismarlara, sokak yaşamına veya suça daha açık hale gelmektedir (8,55).

Yoksulluğa bağlı olarak görülen beslenme yetersizliği, hastalıklar, eğitim olanaklarının sınırlılığı ve duygusal yoksunluk geri dönüşümü olmayan sonuçlar doğurabilmektedir (11). Yoksulluk içinde yaşayan çocukların büyük bir kısmının güvenli yaşam alanları olmadığı gibi sıklıkla kalabalık ve yetersiz barınma koşulları altında yaşadıkları da bilinmektedir. Bu

nedenle yoğun yoksulluk ve hizmet yetersizliği bebek ve çocuk ölümlerini artırmaktadır (8,55).

Açlığın akut etkileri enerji yokluğuna bağlı halsizlik, huzursuzluk, sinirlilik olarak görülür. Bunun yanında karbonhidrat eksikliğinde ortaya çıkan hipoglisemiye bağlı bilinç kaybı, mental konfüzyon, kısaca açlık huzursuzluğu şeklinde de etkilerini gösterebilmektedir. Akut açlığın organizmaya yönelik olumsuz etkileri yadsınamaz bir gerçektir. Uzun süreli besin yoksunluğuna bağlı olarak ortaya çıkan kronik açlık ise vücutta besin ögesi eksiklikleri ve buna bağlı hormon ve nörotransmitter metabolizma bozuklukları ile kendini göstermektedir. Bunun sonucunda bireyde sadece büyüme ve gelişmede değil, duyu ve davranışlarda da bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Çocukluk dönemindeki beslenme yetersizliğinin etkileri sadece o dönemle sınırlı kalmayıp, adölesan dönemde de davranış bozuklukları şeklinde ifade yolu bulmaktadır.

Ailenin yoksulluğu çocuğun aile içi şiddet, ihmal ve istismara daha sıklıkla maruz kalmasına neden olmaktadır. Yoksul çocuklar suç ve şiddet karşısında savunmasız kalmaktadırlar. Şiddet karşısında çocuklar bazen hedef, bazen de katılımcı veya tanık rolünü üstlenmektedirler. Şiddetin hüküm sürdüğü ortamlara küçük yaşlarda tanıklık etmek çocukların yetişkinlere ve toplumsal düzene olan güvenini sarsmakta, gelişimlerini olumsuz etkilemektedir. Özellikle aile içi şiddete maruz kalan çocuklar okullarında başarısız olmakta ve bu çocuklar arasında okulu bırakma yaygın olarak görülmektedir. Ayrıca anksiyete, depresyon, saldırganlık ve kendini denetleyememe gibi sorunlar baş göstermektedir (1,8). Yoksul çocuklar sağlık alanında olduğu gibi eğitim alanında da hizmetlerden yeterince yararlanamamaktadırlar. Bu çocuklar yetişkin olduklarında düzenli iş bulamamakta, kamu hizmetleri almak veya çocuklarına yeterince bakmak için gerekli bilgilerden yoksun olabilmektedir. Sonuçta, kendi çocuklarının da yoksulluk içinde büyüme riski artmakta ve bu bir kısır döngü halini almaktadır. Bu nedenle çocuk yoksulluğu acil önlem alınması gereken konular arasında yer almaktadır. Özellikle yoksulluğun ve eğitimsizliğin çocukların erken dönemdeki gelişimlerine olan olumsuz etkileri göz önüne alındığında erken çocukluk gelişimi ile ilgili yapılan çalışmaların ülke çapında yaygınlaşması ailelerin bu konuda daha çok bilinçlenmesine ve gelecek nesillerin daha iyi yetişmesine katkı sağlayacağından büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

1. Şener DK, Ocakçı AF. Yoksulluğun Çocuk Sağlığı Üzerine Çok Boyutlu Etkileri. Sağlık Hizmetleri Dergisi 2014; 13 (1): 57-68.
2. Durgun Ö. Türkiye’de Yoksulluk Ve Çocuk Yoksulluğu Üzerine Bir İnceleme. Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi 2011; 6(1), 143–154.
3. Yurdakök M. Dünyada Ve Ülkemizde Çocuk Sağlığı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 203-205.
4. Bertan M, Haznedaroğlu D, Koln P, Yurdakök K, Güçiz BD. Ülkemizde Erken Çocukluk Gelişimine İlişkin Yapılan Çalışmaların Derlenmesi (2000-2007). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52: 1-8.
5. Gordon D, Nandy S, Pantazis C, Pemberton S and Townsend P. Child Poverty In Developing The World. Bristol, UK: The Policy Pres; 2003. http://www.unicef.org/socialpolicy/files/child_poverty_in_the_developing_world.pdf
Erişim tarihi: 31.10.2014
6. EUROSTAT, “Income And Living Conditions In Europe”, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-31-10-555/EN/KS-31-10-555-EN.PDF. 31.10.2014
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf Erişim Tarihi:30.10.2014
8. UNICEF 2011. Türkiye’de Çocukların Durumu Raporu: Yoksul Çocuklar. s.15–28. <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/sitan-tur-2011.pdf> Erişim tarihi:30.10.2014
9. TNSA 2008. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2008; 165–183.
10. Dedeoğlu N. Sağlık ve Yoksulluk. Toplum ve Hekim Dergisi 2004; 19 (1): 51-53.
11. Trani JF, Cannings TI. Child Poverty In An Emergency And Conflict Context: A Multidimensional Profile And An Identification Of The Poorest Children In Western Darfur. World Development 2013; 48: 48–70.
12. Blair C, Berry D, Mills-Koonce R, Granger D. Cumulative Effects Of Early Poverty On Cortisol In Young Children: Moderation By Autonomic Nervous System Activity. Psychoneuroendocrinology 2013; 38: 2666 - 75.

13. Hannum E, Liu J, Frongillo E. Poverty, Food Insecurity And Nutritional Deprivation In Rural China: Implications For Children's Literacy Achievement. *International Journal of Educational Development* 2014; 34: 90–97.
14. Liu J, Raine A, Venables PH, Mednick SA. Malnutrition at Age 3 Years and Externalizing Behavior Problems at Ages 8, 11, and 17 Years. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2005–2013.
15. Grantham-McGregor S, Baker-Henningham H. Review Of The Evidence Linking Protein And Energy To Mental Development. *Public Health Nutr* 2005;8 (7): 1191–1201.
16. Young SN. The Effect Of Raising And Lowering Tryptophan Levels On Human Mood And Social Behaviour. *Phil Trans R Soc* 2013;368:1-9.
17. Voracek M, Tran US. Dietary Tryptophan Intake And Suicide Rate In Industrialized Nations. *J Affect Disord* 2007; 98:259-62.
18. Tiihonen J, Virkkunen M, Räsänen P, Pennanen S, Sainio EL, Callaway J et al. Free L-Tryptophan Plasma Levels In Antisocial Violent Offenders. *Psychopharmacology* 2001;157:395–400.
19. Hallahan B, Garland MR. Essential Fatty Acids And Their Role In The Treatment Of Impulsivity Disorders. *Prostaglandins Leukotrienes and Essential Fatty Acids* 2004;71: 211–216.
20. Hallahan B, Garland MR. Essential Fatty Acids And Mental Health. *British Journal of Psychiatry* 2005;186:275–77.
21. Long SJ, Benton D. A Double-Blind Trial Of The Effect Of Docosahexaenoic Acid And Vitamin And Mineral Supplementation On aggression, Impulsivity, And Stress. *Hum Psychopharmacol*. 2013;28(3): 238-47.
22. Buydens-Branchey L, Branchey M, Hibbeln JR. Associations Between Increases In Plasma N-3 Polyunsaturated Fatty Acids Following Supplementation And Decreases In Anger And Anxiety In Substance Abusers. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008; 32(2): 568-75.
23. Delarue J, Matzinger O, Binnert C, Schneiter P, Chioléro R, Tappy L. Fish Oil Prevents The Adrenal Activation Elicited By Mental Stress In Healthy Men. *Diabetes Metab* 2003;29 (3): 289–95.

24. Hamazaki T, Itomura M, Sawazaki S, Nagao Y. Anti-stress Effects Of DHA. *Biofactors* 2000;13 (1): 41–5.
25. Hamazaki K, Itomura M, Huan M, Nishizawa H, Sawazaki S, Tanouchi M et al. Effect of [omega]-3 Fatty Acid-Containing Phospholipids On Blood Catecholamine Concentrations In Healthy Volunteers: A Randomized, Placebo-Controlled, Doubleblind Trial. *Nutrition* 2005; 21 (6): 705–10.
26. Tokunaga M, Seneca N, Shin RM, Maeda J, Obayashi S, Okauchi T et al. Neuroimaging And Physiological Evidence For Involvement Of Glutamatergic Transmission In Regulation Of The Striatal Dopaminergic System. *J Neurosci* 2009;29 (6):1887–96.
27. Castro SL, Zigmond MJ. Stress-Induced Increase In Extracellular Dopamine In Striatum: Role Of Glutamatergic Action Via N-Methyl-Aspartate Receptors In Substantia Nigra. *Brain Res* 2001; 901 (1-2): 47–54.
28. Gainetdinov RR, Mohn AR, Bohn LM, Caron MG. Glutamatergic Modulation Of Hyperactivity In Mice Lacking The Dopamine Transporter. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2001; 98 (20): 11047–54.
29. Lavielle M, Champeil-Potokar G, Alessandri JM, Balasse L, Guesnet P, Papillon C et al. An (n-3) Polyunsaturated Fatty Acid-Deficient Diet Disturbs Daily Locomotor Activity, Melatonin Rhythm, And Striatal Dopamine In Syrian Hamsters. *J Nutr* 2008;138 (9):1719–24.
30. Vancassel S, Durand G, Barthelemy C, Lejeune B, Martineau J, Guilloteau D et al. Plasma Fatty Acid Levels In Autistic Children. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 2001; 65(1):1–7.
31. Tordjman S, Anderson GM, Pichard N, Charbuy H, Touitou Y. Nocturnal Excretion Of 6-Sulphatoxymelatonin In Children And Adolescents With Autistic Disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 57(2):134–8.
32. Zisapel N. Melatonin–Dopamine Interactions: From Basic Neurochemistry To A Clinical Setting. *Cell Mol Neurobiol* 2001;21(6): 605–16.
33. Liu J, Wuerker A. Biosocial Bases Of Aggressive And Violent Behavior—Implications For Nursing Studies. *Int J Nurs Stud* 2005;42: 229–41.

34. Erkıran M, Erkıran GK, Evren C, Şahinler İH. İlaç Kullanmayan Şizofreni Hastalarında Saldırıcılık ve Serum Kolesterol Düzeyi: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(4):261-72.
35. Kaplan JR, Muldoon MF, Manuck SB, Mann JJ. Assessing The Observed Relationship Between Low Cholesterol And Violence-Related Mortality. Implications for suicide risk. *Ann N Y Acad Sci* 1997;836: 57–80.
36. Huskisson E, Maggini S, Ruf M. The Role Of Vitamins And Minerals In Energy Metabolism And Well-Being. *J Int Med Res* 2007;35: 277–89.
37. Murphy PK, Wagner, CL. Vitamin D and Mood Disorders Among Women: An Integrative Review. *J Midwifery Womens Health* 2008; 53: 440 – 46.
38. Shipowick CD, Moore CB, Corbett C, Bindler R. Vitamin D And Depressive Symptoms In Women During The Winter: A pilot study. *Appl Nurs Res* 2009; 22: 221–25.
39. Herbison CE, Hickling S, Allen KL, O'Sullivan TA, Robinson M, Bremner AP et al. Low Intake Of B-Vitamins Is Associated With Poor Adolescent Mental Health And Behaviour. *Prev Med* 2012; 55: 634–38.
40. Zhang M, Robitaille L, Eintracht S, Hoffer LJ. Vitamin C Provision Improves Mood In Acutely Hospitalized Patients. *Nutrition* 2011; 27: 530–33.
41. Erikson KM, Jones BC, Hess EJ and Beard JL. Iron Deficiency Decreases Dopamine D1 And D2 Receptors In Rat Brain. *Pharmacol Biochem Behav* 2001; 69 (3-4): 409-18.
42. Sever Y, Ashkenazi A, Tyano S, Weizman A. Iron Treatment İn Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Preliminary Report. *Neuropsychobiology* 1997;35: 178–80.
43. Mizuno T, Omata N, Murata T, Mitsuya H, Maruoka N, Mita K et al. Mania: Not The Opposite Of Depression, But An Extension? Neuronal Plasticity And Polarity. *Med Hypotheses* 2013; 81: 175-179.
44. Cuijpers P, Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions. *Am J Psychiatry* 2008;165 (10): 1272-80.
45. Rowe WJ. Correcting Magnesium Deficiencies May Prolong Life. *Clin Interv Aging* 2012; 7: 51–54.

46. Wang Y, Kasper LH. The Role Of Microbiome In Central Nervous System Disorders. *Brain Behavior and Immunity* 2014; 38: 1–12.
47. Tang F, Reddy BL, Saier MH. Psychobiotics and Their Involvement in Mental Health. *J Mol Microbiol Biotechnol* 2014; 24: 211–14.
48. Dinan TG, Cryan JF. Regulation Of The Stress Response By The Gut Microbiota: Implications For Psychoneuroendocrinology. *Psychoneuroendocrinology* 2012; 37; 1369-78.
49. Thornton PA, Finegold DN, Stanley CA. Hypoglycemia In The Infant And Child. *Pediatr Endocrinol*. Philadelphia: WB Saunders, 2002.
50. Liu J, Wuerker A. Biosocial Bases Of Aggressive And Violent Behavior—Implications For Nursing Studies. *Int J Nurs Stud* 2005;42: 229–241.
51. McBurnett K, Lahey BB, Rathouz PJ, Loeber R. Low Salivary Cortisol And Persistent Aggression In Boys Referred For Disruptive Behavior. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57: 38–43.
52. Susman EJ, Ponirakis A. Hormones—Context Interactions And Antisocial Behavior In Youth. In: Raine A, Brennan PA, Farrington DP, Mednick SA, Editors. *Biosocial Bases of Violence*. New York: Plenum Press, 1997; 163–174.
53. Seo D, Patrick CJ, Kennealy PJ. Role Of Serotonin And Dopamine System Interactions In The Neurobiology Of Impulsive Aggression And Its Comorbidity With Other Clinical Disorders. *Aggress Violent Beh* 2008;13: 383–395.
54. Moret C, Briley M. The Importance Of Norepinephrine In Depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011; 7(1): 9–13.
55. Temiz HE. Dünyada Kronik Yoksulluk Ve Önleme Stratejileri. *Çalışma ve Toplum* 2002; 2: 61–100.